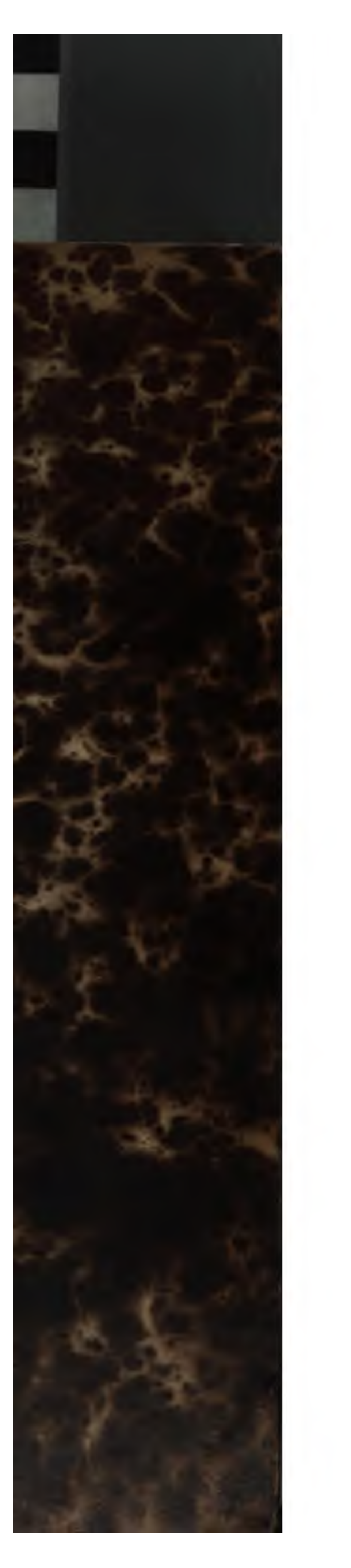
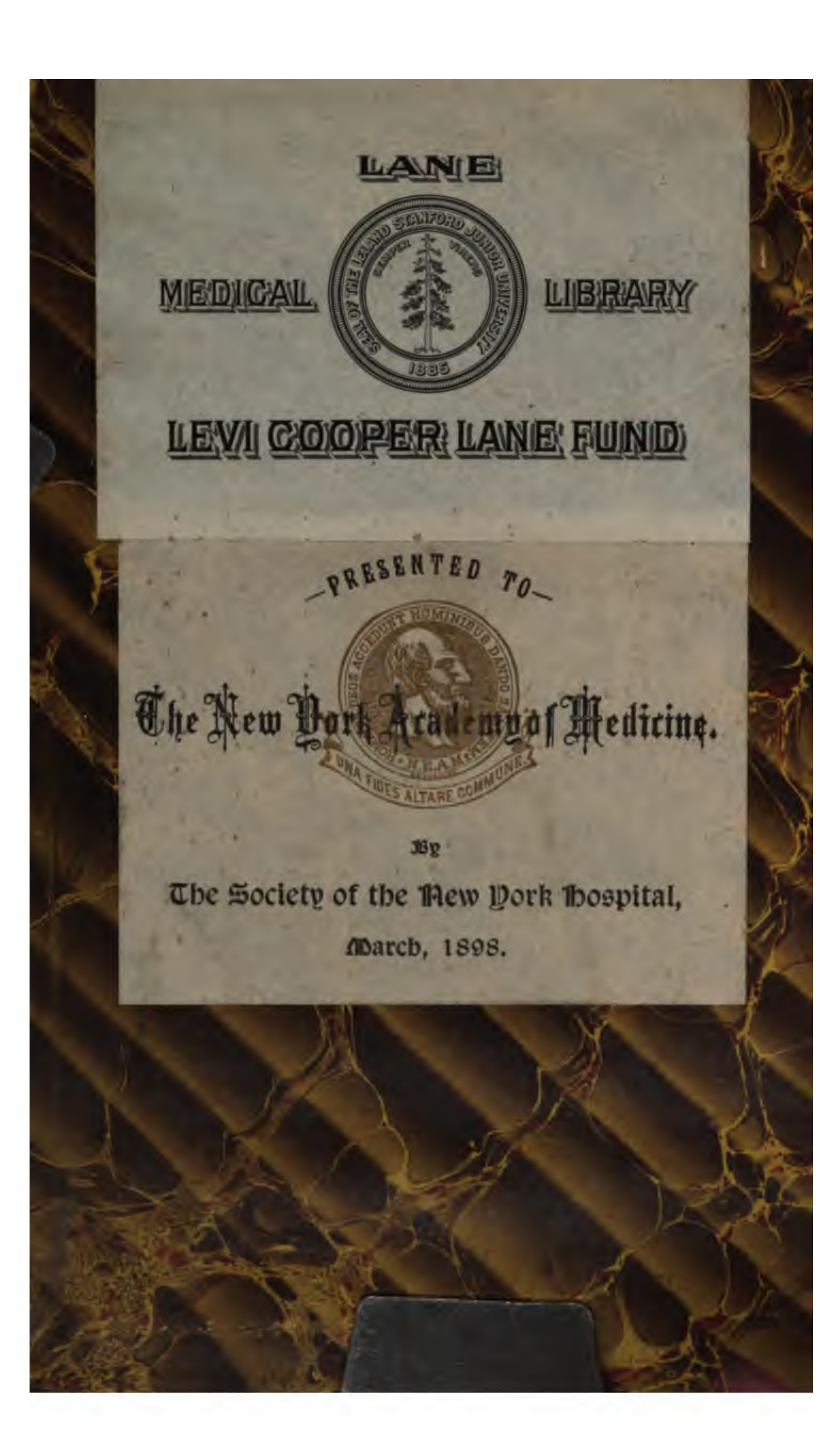
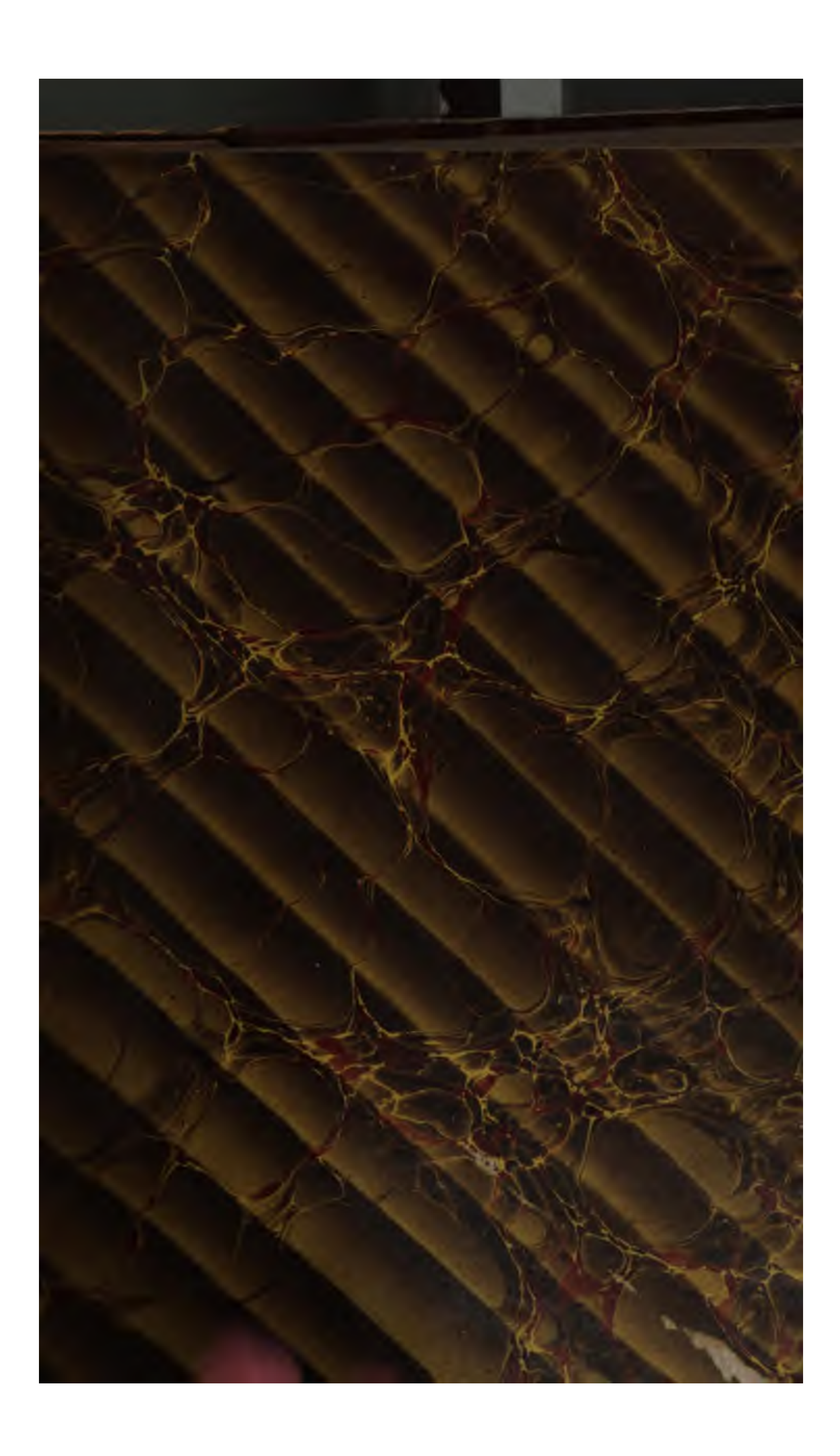



LANE
MEDICAL
LIBRARY
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LEVI COOPER LANE FUND
PRESENTED TO
The New York Academy of Medicine.
UNA FIDES ALTARE COMMUNE
By
The Society of the New York Hospital,
March, 1898.



COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPIE MÉDICALE.

TOME SEPTIÈME.



Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE

INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE

par

E. GINTRAC,

Directeur de l'École de Médecine de Bordeaux,
Officier de la Légion-d'Honneur,
Membre de la Commission administrative des Hospices civils, de l'Académie Impériale des Sciences,
Belles Lettres et Arts, et de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de la même ville,
Correspondant de l'Institut (Académie des Sciences),
Associé national de l'Académie impériale de Médecine de Paris,
Membre honoraire de l'Académie royale de Médecine de Belgique et de la Société d'Hydrologie Médicale de Paris,
Associé du Collége des Médecins de Philadelphie,
Correspondant de l'Académie des Sciences de Dijon, de la Société Académique de la Loire-Inférieure,
de la Société libre d'Émulation de Liége, de l'Académie gioenia des Sciences naturelles de Catane,
des Sociétés médicales de Louvain, de Hambourg, du grand duché de Bade,
de Strasbourg, de Montpellier, Toulouse, Lyon,
Marseille, Besançon, Caen, Évreux, Metz, Tours, Douai, etc.

TOME SEPTIÈME.

PARIS,
GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

Londres et New-York, H. Baillière. | **Madrid,** Ch. Bailly-Baillière.

1868

B

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME SEPTIÈME.

Maladies de l'appareil nerveux.

3me Classe. — Lésions de circulation et de sécrétion.

3me DIVISION. — HÉMORRHAGIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

COURS THÉORIQUE ET CLINIQUE

DE

PATHOLOGIE INTERNE

ET DE

THÉRAPIE MÉDICALE.

MALADIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

3e Classe.—LÉSIONS DE CIRCULATION ET DE SÉCRÉTION DE L'APPAREIL NERVEUX.

3me DIVISION.

HÉMORRHAGIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

2e SOUS-DIVISION.

HÉMORRHAGIES DU CERVEAU.

Le cerveau est un organe volumineux et complexe. Il se compose de parties distinctes auxquelles on est tenté d'attribuer des fonctions diverses. Il devient donc intéressant, au double point de vue physiologique et pathologique, d'étudier les maladies de cet organe dans les divers siéges qu'elles peuvent occuper.

La surface du cerveau est constituée par une sorte d'écorce, par la substance appelée *grise*, *cendrée* ou *corticale*, en rapport avec les méninges; les hémorrhagies de cette partie devront être examinées d'abord.

Le cerveau, divisé en deux hémisphères, se subdivise en lobes. On en distingue généralement trois sous les noms

d'antérieur, postérieur et moyen. Ce dernier a été partagé en lobe pariétal et lobe temporal; on a isolé l'*insula* de Reil. Ces distinctions secondaires ont sans doute leur utilité pour une étude anatomique, spéciale et approfondie; mais elles rendraient fort compliquée et assez difficile la classification des faits relatifs aux maladies de ces régions; elles doivent être réservées pour les occasions où leur application deviendra nécessaire. Je crois devoir m'en tenir à la division en trois lobes, que Gratiolet avait trouvée suffisante, pour établir les principales bases d'une distribution des races humaines.

Deux organes pairs, les corps striés et les couches optiques, exigeront une mention particulière à cause de la fréquence de leurs lésions.

Les ventricules recevant des organes voisins ou de leurs propres parois des effusions sanguines, appellent aussi l'attention.

Ce sont là les principaux points de l'étude qui va suivre.

Il conviendra d'y ajouter celle des coïncidences qui résultent de la multiplicité des foyers hémorrhagiques chez le même sujet, d'où dépendent des combinaisons de phénomènes et d'altérations qui ne sont pas sans intérêt.

1re SECTION. — HÉMORRHAGIES DE LA SUBSTANCE CORTICALE.

La substance grise périphérique du cerveau a une étendue considérable; elle peut être atteinte soit en un point, soit en plusieurs, et les surfaces peuvent être plus ou moins largement occupées. Les faits sont distribués en trois séries.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorrhagies de la substance corticale du cerveau bornées à un foyer.*

CLXXIIIe OBS. — Garçon, onze ans, fort, bien constitué, bien portant, pris tout à coup le matin de vomissements; demi-heure après, mouvements convulsifs de la tête et des membres, roulement des yeux, cris inarticulés, pouls dur et fréquent, pupilles contractées, refroidissement du tronc et des membres inférieurs;

quelques heures après, grognement sourd, pupilles dilatées, pouls fréquent, petit et faible. Mort dans la soirée. — Vaisseaux superficiels du cerveau gorgés de sang. A la surface du lobe moyen droit, ecchymose, et au dessous un caillot ayant la forme et le volume d'une moitié de noix, la consistance et la couleur de la gelée de groseille. La substance cérébrale voisine semble infiltrée d'une sérosité incolore (1).

CLXXIVe Obs. — Tailleur, vingt-trois ans, syphilis, phthisie pulmonaire. Depuis quinze mois, otorrhée, puis surdité; paralysie faciale gauche sans paralysie des membres. Ulcération à la paroi postérieure du pharynx. Mort rapide. — Destruction de l'oreille interne gauche sans matière tuberculeuse, ulcération correspondante de la dure-mère. Ramollissement et couleur brunâtre du cerveau dans les points voisins. Sous l'arachnoïde du lobe cérébral postérieur gauche, épanchement très superficiel et perte de substance du cerveau capable de loger une noisette, contenant un caillot récent, lequel est recouvert de lambeaux d'une membrane mince et transparente. Pie-mère très injectée; arachnoïde de teinte laiteuse dans les intervalles des circonvolutions (2).

CLXXVe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, robuste, batelier, adonné aux liqueurs spiritueuses. Pendant quelques années, attaque de rhumatisme goutteux, et souvent céphalalgie. La semaine précédente, celle-ci est plus intense au front, ce qui ne l'empêche pas de boire. La veille, appétit, bon repas, suivi de vomissements fréquents et violents. Cependant, la nuit est assez bonne; il se lève comme à l'ordinaire à six heures du matin. Entre sept et huit, on le trouve dans une attaque avec écume à la bouche et tremblement violent. Cet état dure peu; le malade est sensible, mais il ne se souvient de rien de ce qui venait de se passer; il se plaint du front. Réponses brèves et brusques; pouls lent, plein; grande agitation. Entre dix heures et midi, deuxième attaque; cette fois, symptômes de compression cérébrale plus marqués; puis la parole et la raison reviennent. Une heure après, attaques qui se répètent toutes les demi ou trois quarts d'heure. Pas de paralysie, pas de sterlor, si ce n'est peu de moments avant la mort, qui a lieu à sept heures du soir. — Méninges engorgées, légère effusion sous l'arachnoïde. Caillot de sang à droite, dans la substance cendrée, à la jonction des lobes antérieur et moyen. Beaucoup de points rouges dans la substance

(1) Campbell, *Northern Journal* et *London med. Gaz.*, may 1845. (*Archives*, 4e série, t. IX, p. 353.)

(2) Dumont, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 203.

cérébrale. Pas d'épanchement dans les ventricules. Artères basilaire et carotides internes en grande partie ossifiées ([1]).

CLXXVI[e] Obs. — Homme, cinquante ans. Mai : délire, loquacité. Mouvements des membres désordonnés (dyspnée, crachats puriformes). Mort. — Pie-mère adhérente au cerveau à la partie inférieure et antérieure du lobe moyen droit. Couche corticale, dans l'étendue de deux circonvolutions, remplie de grumeaux de sang mêlés avec le tissu cérébral. Substance médullaire sous-jacente intacte. Cerveau mou. Épanchements pleurétiques, noyaux d'hépatisation pulmonaire, péricardite. Mollesse du cœur ([2]).

CLXXVII[e] Obs. — Homme, cinquante-un ans. Démence. En décembre, démarche mal assurée, nausées, vomissements, réponses lentes, stupeur. Perte incomplète de connaissance, yeux dirigés en haut et à droite. Pupilles normales, mais immobiles. Pouls faible, lent; rigidité des bras, extension difficile et suivie du retour à la flexion; roideur moindre des membres inférieurs. Affaissement. Mort le cinquième jour. — Beaucoup de sang dans les sinus. Huit onces de sérosité sur chaque hémisphère. Peu de sérosité dans la pie-mère, qui se détache aisément du cerveau. Lobe antérieur droit adhérent à la voûte orbitaire. En cet endroit, sa substance est d'un rouge-jaunâtre et molle. A l'entrée de la grande scissure, tache jaunâtre formée d'un mélange de sang et de matière grise ([3]).

CLXXVIII[e] Obs. — Homme, soixante ans, aliéné, paralytique. Palpitations de cœur, dyspnée, angoisses, face bleuâtre, souffrance pectorale, râle, suffocation. Mort un quart d'heure après. — Œdème des poumons, hypertrophie des parois du cœur; quelques adhérences entre les méninges et la surface supérieure du cerveau. A la partie latérale externe de l'hémisphère gauche, dans une circonvolution située près de la grande scissure, foyer apoplectique récent, contenant un caillot de la grosseur d'un œuf de moineau ([4]).

CLXXIX[e] Obs. — Femme, soixante ans. Hernie crurale droite étranglée. Météorisme, douleurs abdominales, faiblesse croissante. Tout à coup, à huit heures et demie du matin, les idées se troublent, la parole est moins nette. La bouche se dévie à gauche, et bientôt tout le côté droit de la face est paralysé. Le bras droit s'engourdit et devient lourd. La paralysie du mouvement de ce membre est complète. Le soir, la sensibilité est conservée; il y a même une légère

([1]) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 279.
([2]) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 405.
([3]) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 409.
([4]) Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 133, p. 26.

hyperesthésie. Langue non déviée, paupières mobiles comme à l'ordinaire; pupilles égales. Pas de déviation des globes oculaires ni de rotation de la tête; pouls normal. Légère élévation de température du côté paralysé. Pas de lésion du côté de la jambe droite ni des sphincters. Deuxième jour, léger délire, affaissement, refus de nourriture, perte de connaissance. Mort le soir, trente-six heures après le début des accidents cérébraux et dix jours après la production de l'étranglement herniaire. — Artères de la base du cerveau, la sylvienne gauche surtout, athéromateuses. Encéphale sain, sauf un point de l'hémisphère gauche situé à la partie interne de la circonvolution pariétale antérieure, celle qui limite en avant la scissure de Rolando. L'altération de la substance cérébrale a le volume d'une noisette. Le sang extravasé est en petite quantité; la substance environnante est ramollie et légèrement colorée. On trouve, dans divers autres points, des anévrysmes miliaires (1).

CLXXXe Obs. — Femme, soixante-deux ans, chagrins violents. Langueur, maigreur, trouble des idées. Janvier : perte de connaissance, chute, paralysie. Dans la journée, rétablissement des sens, mais réponses presque nulles; perte de la mémoire des mots, langue dirigée à gauche. Hémiplégie gauche. Peau sensible; rigidité des fléchisseurs du membre inférieur; pouls, chaleur naturels. Huitième jour, le bras conserve la position qu'on lui donne. Dixième, serrement des mâchoires, pouls développé, fréquent. Vingtième, rétention des matières fécales et des urines. Symptômes pectoraux graves. Affaiblissement, fièvre continue. Mort. — Rougeur vive et comme ecchymotique des méninges sur l'hémisphère droit. Vers la scissure de Sylvius, se trouve un caillot de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Au milieu de ce caillot, on distingue des rameaux artériels et quelques branches veineuses. Ce caillot est logé dans une cavité formée aux dépens de la substance corticale, laquelle est ramollie en ce lieu. Le reste du cerveau est consistant. Dans les ventricules, sérosité sanguinolente. Poumons hépatisés partiellement. Cœur volumineux. Inflammation vive du cœcum et du colon ascendant. Foie descendant très bas; estomac presque vertical, colon refoulé en bas (2).

CLXXXIe Obs. — Homme, soixante-treize ans, aliéné. En mai, roideur des membres gauches, délire. 16 juin, chute, aphonie, paralysie du côté gauche, avec rigidité; mouvements désordonnés du côté droit, demi-paralysie de la paupière gauche; pupilles dilatées,

(1) Dieulafoy (service de M. Denonvilliers), *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 150.
(2) Vitry, Thèses de la Faculté de Médecine *de Paris*, 1823, nº 110, p. 36.

surtout la gauche; jambe plus roide que le bras. Mort le quatrième jour. — Beaucoup de sérosité trouble dans toutes les cavités; méninges opaques et denses; quelques adhérences avec la couche corticale. Sur la couche corticale du lobe postérieur droit, sorte de bouillie, de grumeaux de sang mêlés avec la matière nerveuse. Cette altération est superficielle, détachée en partie avec la pie-mère qu'on enlève. Une des circonvolutions de ce lobe, dépouillée de substance grise et déprimée, présente une sorte de cicatrice mince, ferme, d'un blanc jaunâtre. Corps strié droit formé de pulpe grisâtre infiltrée de sang. Paroi du ventricule blanche, molle, non vasculaire (1).

CLXXXII° Obs. — Homme, quatre-vingt-quatre ans, affaibli par l'âge, frappé d'apoplexie, Convalescent quelques jours après, il n'a aucune paralysie, mais il a perdu la faculté de parler, bien que l'intelligence soit conservée. Il ne prononce que certains mots articulés avec difficulté. Cependant, sa langue jouit de toute sa motilité musculaire, et ne se dévie d'aucun côté. Évacuations volontaires. Les réponses ne se font que par des gestes ou par quatre ou cinq mots : *Oui, non, tois* pour *trois, toujours, lelo* pour *Lelong,* qui est le nom du malade. Là se réduit son vocabulaire. S'étant fracturé le col du fémur, il s'affaiblit rapidement, et meurt douze jours après sa chute et dix-huit mois après l'attaque d'apoplexie et la perte de la parole. — Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. L'encéphale entier pèse 1,136 grammes, l'hémisphère droit 487 grammes et le gauche 455; différence 32; ce dernier présente une altération remarquable. La troisième circonvolution frontale, longeant la scissure de Sylvius, offre dans son tiers postérieur une perte de substance profonde qui empiète sur la deuxième circonvolution, profondément échancrée. La cavité qui en résulte, continue en dehors avec la scissure, contient de la sérosité; ses parois, non ramollies, sont empreintes de taches jaune-orangé, dans lesquelles se trouvent des cristaux d'hématine. Les deux hémisphères cérébraux sont d'égale consistance (2).

Les faits de cette série présentent l'hémorrhagie de la substance corticale bornée à une petite étendue. Il y a lieu de penser que l'effusion du sang a été la suite d'une altération locale. On voit, en effet, les méninges adhérer dans le même point; elles y sont épaisses, opaques, injec-

(1) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 412.
(2) Broca, *Bulletin de la Société anatomique*, 1861, p. 398.

tées, rouges. Dans un cas, la lésion a été plus considérable : c'est une otite interne qui en a été l'origine, ayant détruit une partie du rocher et ulcéré la dure-mère (CLXXIV). On a vu, dans quelques chapitres précédents, l'influence funeste que les altérations de l'oreille interne exercent sur diverses parties voisines de l'appareil nerveux ; il faut ajouter à ces conséquences l'hémorrhagie cérébrale superficielle du point contigu. Parmi les observations qui précèdent, la dernière a vivement appelé l'attention, en ce qu'elle a montré d'une manière très nette la perte de la parole, avec conservation de l'intelligence et absence de toute paralysie, dans un cas d'hémorrhagie très circonscrite, intéressant la troisième et la deuxième circonvolutions frontales qui longent la scissure de Sylvius gauche. Une autre observation offre encore le phénomène de l'aphasie, mais c'est la circonvolution contiguë à la scissure de Rolando qui était lésée (CLXXXIX) ; et dans un troisième cas, où la parole a encore été à peu près nulle, il y avait eu hémorrhagie localisée près de la scissure de Sylvius. Seulement, c'était la droite (CXXX), et ce cas offre, sous un autre rapport, cette circonstance peu ordinaire que le caillot contenait dans son centre des vaisseaux très développés. L'hémorrhagie s'était sans doute faite autour de ces vaisseaux distendus et rompus.

Le siége de l'hémorrhagie dans ces dix cas a été 6 fois à droite, 4 fois à gauche ; il n'y a eu que 3 fois hémiplégie, laquelle d'ailleurs était dans le rapport ordinaire de latéralité opposée au siége de la lésion.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagies de la substance corticale en foyers étendus ou nombreux.*

CLXXXIII[e] OBS. — Fille, vingt-un ans, forte, mal réglée. Mars, frissons, douleurs contusives dans les membres. Pas de céphalalgie. Troisième jour (sang fibrineux fourni par une saignée), prostration, regard abattu, parole lente ; face colorée, râle sibilant, dyspnée, toux. Pouls résistant, 100 ; mouvements imprimés au bras un peu douloureux. Cinquième jour, prostration, pouls faible, oppression. Douleurs dans les membres, mouvements difficiles. Pas de rigidité.

cuations involontaires, insensibilité, immobilité. Altération des traits, prostration extrême. Mort. — 150 grammes de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde. Infiltration sanguine de la pie-mère avec caillots à la partie supérieure des lobes antérieurs et sur le mésolobe. A la surface des circonvolutions et entre les anfractuosités de l'hémisphère droit, couche mince de sang coagulé. Le sommet de la circonvolution qui correspond au centre de cet épanchement, offre dans la substance corticale et dans la substance médullaire, à une profondeur de 5 millimètres, une infiltration sanguine avec ramollissement. Du côté gauche, dans la région correspondante, existe une altération analogue, mais moins étendue. Cerveau mou; 60 grammes de sérosité sanguinolente dans les ventricules ([1]).

CXC[e] Obs. — Homme, quarante-trois ans. Cinq accès de manie en cinq ans. Loquacité, chants, cependant réponses justes. Injection du visage. Le malade déchire ses vêtements. Inflammation phlegmoneuse de l'épaule. Mort. — Sérosité à la surface des hémisphères et dans les ventricules. Adhérence de la pie-mère sur divers points de la couche corticale. Celle-ci, assez molle, offre dans la grande scissure, à gauche, un petit grumeau de sang. Un autre caillot se trouve entre deux circonvolutions du lobe postérieur gauche. La couche corticale est réduite en bouillie noirâtre dans l'étendue d'un centimètre. Cervelet ferme ([2]).

CXCI[e] Obs. — Homme, quarante-neuf ans, sujet à un désordre passager des idées; abus d'alcooliques. Septembre, étourdissements. Le lendemain, tout à coup perte des sens, de l'intelligence, de la parole; coma profond, inspirations à de longs intervalles, perte du sentiment et du mouvement des membres, pas de déviation des lèvres, pouls 57. Deuxième jour, respiration moins lente, même lenteur du pouls. Mort cinquante heures après l'invasion. — Injection des vaisseaux des méninges. De chaque côté, sur la convexité des hémisphères, plusieurs points offrent de la fluctuation. A une ou deux lignes, on trouve, dans la substance des circonvolutions, du sang légèrement coagulé, contenu dans des cavités assez larges pour recevoir une petite noisette; il y a sept à huit foyers à droite, autant à gauche. Pas d'autre lésion. Cœur hypertrophié ([3]).

CXCII[e] Obs. — Homme, quarante-neuf ans, robuste, actif, abus des liqueurs fortes et des plaisirs vénériens; il y a un an, perte de connaissance passagère, suivie de faiblesse momentanée à droite et

([1]) Parchappe, *Traité de la Folie*, observation 272, p. 281.
([2]) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 407.
([3]) Andral, *Clinique médicale*, 1833, t. V, p. 306.

de délire. Deuxième attaque, quatre mois après; convulsions. Troisième attaque, éclampsie, embarras de la langue, marche gênée, délire, affaiblissement de l'intelligence, spasmes à des intervalles indéterminés, et insensibilité du côté droit; délire violent, mort. — Dans trois circonvolutions du lobe postérieur gauche, la substance grise présente des extravasations de sang à moitié coagulé; d'autres circonvolutions sont converties en une sorte de cellulosité couleur de rouille; la substance blanche a une teinte jaunâtre. Les deux corps striés ont une couleur bistrée. Quelques circonvolutions du lobe moyen droit offrent aussi trois infiltrations sanguines de couleur goudronnée. Soudure entre la pie-mère et le cervelet. Foyers celluleux jaunâtres dans le mésocéphale (1).

CXCIIIe Obs. — Homme, soixante ans, aliéné, épileptique pendant quinze ans. En mars, inappétence, ulcère et œdème aux jambes; avril, langue sèche, peau chaude, pouls faible, eschare au sacrum, selles solides, évacuations involontaires, dents fuligineuses, altération des traits; rigidité très grande de tous les membres, placés dans l'extension; intellect conservé; quelques mots sont articulés. Mort au bout d'un mois. — Beaucoup de sang dans les sinus. Sérosité abondante dans les hémisphères et dans les ventricules. Plaques jaunâtres à la surface de la couche corticale, et dans quelques anfractuosités, petits grumeaux de sang mêlés à la substance grise. Derrière la scissure de Sylvius droite, également des grumeaux de sang infiltrés. Couche médullaire saine, bouillie noire sur le lobe postérieur gauche. Pus dans la rate (2).

CXCIVe Obs. — Femme, soixante ans. Ancienne hémiplégie droite, altération des facultés intellectuelles, diminution lente de ces symptômes. Huit ans après, affaiblissement rapide des membres inférieurs, regard hébété, intellect obtus, parole nulle; bras droit se soulevant avec peine; jambe droite immobile, insensible; côté gauche sensible et mobile; pupilles normales. Mort le huitième jour. — Os du crâne épais, dure-mère adhérente, pie-mère infiltrée de sérosité. Substance corticale ramollie sur le lobe moyen gauche, près la grande scissure, marbrée de points et de stries rouges. Rougeur vive dans les anfractuosités par la combinaison du sang avec la substance cérébrale. A la face supérieure du lobe postérieur gauche, une membrane jaunâtre, mince et vasculaire, remplace la surface de quelques circonvolutions. Substance médullaire subjacente molle et grisâtre. Couleur jaunâtre, érosions et adhérences celluleuses de la membrane ventriculaire du même hémisphère;

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 54.

(2) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 414.

petites cavités irrégulières dans le corps strié droit; épaississement et opacité des artères de la base (1).

CXCVe Obs. — Femme, soixante ans. Chagrins prolongés, attaque dont on ne spécifie pas les caractères; depuis, troubles intellectuels. Tout à coup grande agitation pendant la nuit, coma, diminution de la sensibilité et de la motilité des membres, pupilles légèrement dilatées; respiration courte, stertoreuse; pouls lent, dépressible; face légèrement turgescente. Coma, paralysie des muscles faciaux, joues soulevées de temps à autre par l'air de l'expiration. Décubitus sur le dos, insensibilité à tous les agents. Résolution absolue des membres. Pas d'action reflexe. Perte complète des sens, évacuations involontaires, respiration stertoreuse; pouls misérable, face livide; sueur abondante, froide. Mort huit heures après l'invasion de la dernière attaque. — Sérosité abondante dans et sous l'arachnoïde, sur l'hémisphère droit, dont la substance corticale est largement ramollie, diffluente et infiltrée de sang. Cette altération ne pénètre que jusqu'aux couches les plus superficielles de la substance médullaire. Beaucoup de sérosité dans tous les ventricules. Poumons fortement engoués; cavités gauches du cœur gorgées de sang coagulé (2).

CXCVIe Obs. — Femme, soixante-deux ans. Démence; 15 juillet, tout à coup assoupissement, yeux fermés; pupilles contractées, immobiles; face pâle, pouls mou. La malade n'entend pas. Le soir, respiration stertoreuse, face rouge, peau chaude. Le deuxième jour, face pâle, râle. Mort trente heures après l'invasion. — Vaisseaux des méninges engorgés. Érosion de la partie antérieure et interne de chaque lobe antérieur, avec épanchement de sang (4 onces) sur les deux tiers antérieurs de chaque hémisphère, sur le corps calleux et sur les fosses cérébrales antérieures. Chaque érosion avait un pouce de largeur et trois à six lignes de profondeur; la substance corticale y était détruite. Le reste du cerveau est sain (3).

CXCVIIe Obs. — Delporte, Gabriel, âgé de soixante-trois ans, Italien, marchand ambulant, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament sanguin, était depuis plusieurs années sujet à une bronchite pour laquelle il était venu souvent réclamer des soins à l'hôpital Saint-André.

Le 3 février 1846, il est admis à la clinique. Encore atteint de bronchite, on note : toux fréquente; expectoration abondante,

(1) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, nº 261, p. 95.

(2) Barral, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1838, nº 12, p. 13.

(3) Rivière, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1811, nº 53, obs. 1, p. 7, — et Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, 1833, p. 30.

épaisse, muqueuse; douleur sternale, point d'oppression. Sonorité normale dans toute la poitrine; léger râle muqueux à la base des deux poumons, et surtout en arrière. Bronchophonie, nul signe stéthoscopique d'une lésion tuberculeuse. Battements du cœur réguliers, langue naturelle, ventre indolent, quelques selles diarrhéiques. (Vésicatoire à une cuisse; potion avec oxyde blanc d'antimoine, 3,0; extrait thébaïque, 0,05.)

Le 18 février, la toux semblait un peu diminuée, lorsque le matin, après avoir fait quelques pas dans la salle, Delporte perd connaissance et tombe. Quelques instants après, il peut répondre aux questionsqu'on lui adresse; on ne constate pas de paralysie; mais le râle trachéal se produit, et la mort a lieu dans la soirée.

Nécropsie. — Injection très forte des vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère. A la partie supérieure de chaque hémisphère cérébral, quand on a enlevé une couche très superficielle des circonvolutions, on voit dans la substance corticale du sang épanché, formant des plaques disséminées de 1 ou 2 centimètres de largeur. Le sang est en partie coagulé. Au dessous, la substance médullaire a sa consistance ordinaire, et les autres organes encéphaliques sont dans l'état normal. Poumons engoués, foie gorgé de sang, les autres organes sains.

CXCVIII° Obs. — Femme, soixante-huit ans, aliénée depuis quinze mois, actuellement calme. 5 mars, perte de connaissance, hémiplégie droite; respiration fréquente, haute; pouls fort, plein, fréquent; face colorée; peau chaude, sèche; évacuations involontaires. Mort le 11. — Injection considérable des veines superficielles du cerveau. Sur l'hémisphère droit, plusieurs ecchymoses n'occupant que la surface des circonvolutions ramollies. Corps strié du même côté ramolli (1).

CXCIX° Obs. — Homme, soixante-dix ans. Novembre : malade depuis quelques jours; vue, ouïe en bon état; parole nulle, sons inarticulés; langue légèrement déviée à droite, commissure des lèvres un peu tirée à gauche. Membre supérieur droit immobile et insensible, excepté à la partie externe et inférieure de l'avant-bras. Membre inférieur droit immobile, mais sensibilité de la jambe conservée. Muscles du bras gauche sans énergie. Roideur des membres paralysés, surtout quand on veut les étendre. Cinquième jour, ouïe nulle, vue diminuée, bras droit insensible, mouvements convulsifs de la face et du sterno-mastoïdien gauche, tête et yeux dirigés à droite et bouche à gauche; respiration laborieuse, suffocante; roi-

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 97.

deur tétanique du cou, tête renversée en arrière. Mort le septième jour. — Épanchement sanguin considérable sur les deux hémisphères. Sang épanché dans la substance grise, à la partie supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Derrière le ventricule gauche, ramollissement et presque suppuration de la substance cérébrale ([1]).

CCe Obs. — Femme, soixante-quinze ans, robuste, tempérament sanguin, âge critique passé sans orages, gaîté, bonne santé, mais bras droit contracté, demi-fléchi. Décembre, perte de connaissance, engourdissement dans les membres. Retour de l'intelligence, mais sentiment de pesanteur dans la tête; air triste, hébété; langue parfaitement mobile, parole embarrassée, mémoire très affaiblie. Février, aggravation; langue rouge, épigastre sensible, constipation; pouls dur, peau chaude, sèche; vertige, délire. Quelques jours après, amélioration, puis prostration. Parole nulle, face décomposée. Pleurs. Faiblesse des membres inférieurs. Bras gauche libre. Rigidité tétanique des muscles de la partie postérieure du tronc, sensibilité conservée. Mars, métrorrhagie. Mai, pupilles à l'état normal, sensibilité intacte, bras droit toujours contracté et demi-fléchi, le gauche libre. Immobilité des membres inférieurs; seulement, mouvements partiels des orteils. Coma. Mort. — Os du crâne mous, méninges injectées et infiltrées. Sur l'hémisphère gauche du cerveau et superficiellement, deux kystes jaunâtres contenant chacun un épanchement ancien, et un épanchement récent, formé d'un caillot noirâtre. La substance blanche voisine a la consistance et l'élasticité du caoutchouc, et, de plus, un aspect poreux, comme la pierre-ponce. Couche optique rougeâtre, ramollie. Adhérence du corps strié avec la paroi ventriculaire. Hémisphère droit un peu rouge à sa surface, ramolli à l'intérieur, mais résistant et élastique près du ventricule ([2]).

CCIe Obs. — Femme, soixante-quinze ans, hémiplégie droite depuis la naissance par atrophie congénitale du côté gauche de la moelle allongée, déjà indiquée ailleurs (*Atélencéphalie,* obs. LXXXVI, t. VI, p. 131). Il y a deux ans, attaque qui a rendu l'hémiplégie droite complète. Il y a un an, deuxième attaque suivie d'hémiplégie gauche, qui s'est dissipée. Le 15 décembre, face sans expression, non déviée; paupières abaissées, parole difficile, résolution des membres; fréquence du pouls et de la respiration, stertor. 16, roideur de la jambe droite. 17, perte de la parole. 19, contracture des bras, intellect non entièrement aboli. Sensibilité obtuse. 20, roideur

([1]) Lallemand, *Recherches anatomico-pathologiques sur l'encéphale.* Paris, 1820, t. I, p. 34.

([2]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau,* p. 258.

du bras droit, résolution du bras gauche, coma. Mort. — Infiltration sanguine de la pie-mère sur le tiers moyen de la convexité de l'hémisphère droit; sur les circonvolutions elles-mêmes, plaques mollasses, rouges ou violacées, et taches noires. Cicatrice jaune sur les circonvolutions de l'hémisphère gauche ([1]).

CCII[e] Obs. — Femme, quatre-vingts ans, hémiplégie droite incomplète et avec rigidité; hébétude. Rétablissement imparfait. Mort quatre mois après. — Circonvolutions de la partie supérieure de l'hémisphère gauche en partie détruites, remplacées par une sorte de tissu cellulaire jaune-serin, infiltré de sérosité, et correspondant à un ramollissement profond. D'autres circonvolutions, simplement tachetées de jaune, offrent des pertes de substance circonscrites, et bornées à la couche grise ([2]).

CCIII[e] Obs. — Homme, quatre-vingts ans, ivrogne; il perd connaissance le 6 juin. Résolution générale des membres, respiration stertoreuse, extrémités froides, pouls petit, déjections involontaires. 8 et 9, le malade parle et répond aux questions. Coma. Mort le quatrième jour. — Sous la pie-mère, à la réunion des lobes antérieur et moyen gauches, caillot de sang arrondi, aplati, s'amincissant vers les bords, du poids de 45 grammes. Il est enveloppé par la substance corticale, excepté au centre, où celle-ci est irrégulièrement éraillée. Le foyer présente, ainsi qu'aux environs, un ramollissement jaune serin du tissu cérébral. L'extrémité antérieure des lobes antérieurs droit et gauche offre des foyers analogues à celui qui vient d'être décrit, mais moins considérables ([3]).

CCIV[e] Obs. — Homme, domestique, de petite stature, vigoureux, actif, gai; il éprouve à quatre-vingt-huit ans une attaque d'apoplexie légère. Dix-huit mois après, le 6 août 1819, à la suite de céphalalgie et de tintements d'oreilles, il tombe sans connaissance. Face très colorée, bouche déviée à droite; pouls vibrant, fort, dur et très lent (saignée du pied); vomissement, coma; membre supérieur gauche paralysé, stertor (artériotomie de la temporale). Amélioration rapide, et après quelques alternatives, guérison telle, que le sujet, malgré son âge et cette grave atteinte, reprend son service ([4]), se faisant remarquer, jusqu'en juin 1821, par sa vigueur, son adresse et l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Il éprouve alors un violent chagrin; sa mémoire et ses membres s'affaiblissent. Céphalalgie,

([1]) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 17.
([2]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 20e livraison, planche IV, p. 9.
([3]) Émile Parrot (service de Rochoux, à Bicêtre), *Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 445.
([4]) Desruelles, *Journal universel*, 1820, janvier, t. XVII, p. 118.

symptômes de congestion cérébrale, que quelques sangsues dissipent. Deux ans après, troubles des facultés intellectuelles, démence, évacuations involontaires, affaiblissement successif, et mort. — Os du crâne peu résistants. Dure-mère adhérente; elle est comme du parchemin. Arachnoïde épaisse, opaque; beaucoup de sérosité limpide sous cette membrane. Encéphale mou et comme affaissé; sérosité abondante dans les ventricules. La substance grise dans les corps striés avait une teinte noirâtre. A la partie externe du lobe moyen droit, enfoncement d'aspect jaunâtre, transversal; là se trouve un kyste tapissé par une membrane et contenant de la sérosité. La substance corticale y a disparu; la substance blanche a une teinte jaunâtre. Aux deux extrémités de ce kyste, sont des vaisseaux très développés, communiquant du côté interne avec ceux de la scissure de Sylvius. A la partie postérieure et moyenne du même hémisphère, se voit un kyste semblable, moins grand (comme un noyau de prune), dont les parois sont très vasculaires. Cervelet un peu mou. Protubérance et moelle rachidienne peu volumineuses. Artères ophthalmiques cartilagineuses. Quelques points osseux dans les artères carotides, basilaire et vertébrales ([1]).

Dans cette seconde série, la substance corticale a été affectée largement ou en plusieurs points. Le sang s'est quelquefois mêlé intimement avec cette substance; il en est résulté une pulpe rougeâtre et diffluente. Il y a eu souvent alors probabilité d'une phlegmasie ou d'un ramollissement; les méninges étaient aussi parfois adhérentes, et portaient quelques traces d'inflammation.

La substance corticale a, d'autres fois, été corrodée dans une grande étendue (CXCVI).

A la place des foyers hémorrhagiques, se sont trouvés, chez quelques sujets, des plaques jaunâtres, d'aspect celluleux (CCI). On a vu aussi des kystes jaunâtres renfermant des épanchements anciens (CC); mais le fait le plus remarquable de toute cette série est celui de ce vieillard de quatre-vingt-neuf ans, qui supporte vaillamment une hémorrhagie de la substance corticale, et qui, sous l'influence des émissions sanguines, guérit au point de reprendre ses occupations, et de pouvoir vivre plusieurs années. La subs-

([1]) Desruelles, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation*, 1824, p. 348.

tance grise de l'hémisphère droit conservait deux kystes, tapissés de fausses membranes, ne contenant plus que de la sérosité (CCIV).

Troisième série. — *Hémorrhagies de la substance corticale sous la forme de foyers petits et nombreux.*

Cette forme d'hémorrhagie, qu'on a appelée *apoplexie capillaire,* a été observée en premier lieu par Metzger. Dans le fait dont il parle, le cerveau présentait une multitude de petits points noirs; les ventricules contenaient beaucoup de sérosité, et les vaisseaux de la tête et du cou étaient pleins d'un sang noir ([1]). M. Cruveilhier a appelé l'attention sur cet état morbide qu'il a observé chez l'enfant ([2]) et chez le vieillard. M. Diday, M. Durand-Fardel ont aussi contribué à le faire connaître.

CCVe Obs. — Portier à la halle, trente-deux ans. Depuis deux ans, épistaxis fréquentes, affaiblissement, pâleur; sang décoloré, aqueux; pouls 100; tâches passagères de purpura sur la peau. Crachats sanguinolents, retour des hémorrhagies nasales; assoupissement sans perte de connaissance, rêvasseries, délire tranquille. Mort. — Arachnoïde un peu épaissie, infiltration séreuse sous cette membrane; substance corticale pâle, humide. Dans un point des circonvolutions antérieures, petit épanchement sanguin du volume d'une grosse tête d'épingle. Dans la substance blanche, une multitude de pétéchies disposées par plaques. Ces points rouges sont environnés d'un cercle grisâtre; un deuxième petit épanchement est de la grosseur d'un pois. Pétéchies dans la substance du cœur, dans les poumons. Foyer sanguin dans le foie ([3]).

CCVI[e] Obs. — Femme, ouvrière, trente-six ans. Depuis un an, douleur violente dans la région pariétale droite et vers l'oreille. Otorrhée. Les cheveux ont blanchi du même côté. 14 février, perte du mouvement des membres gauches. Pas de contracture, plutôt résolution complète. Intellect obtus, réponses lentes, fièvre; pointe de la langue se dirigeant à droite; yeux fixes, hagards. Mort le 27. — Vaisseaux des méninges très injectés; légère infiltration séreuse de la pie-mère; une cuillerée de sérosité dans les fosses

([1]) *Commentarii de rebus gestis Lipsiæ, etc.*, 1785, t. XXVII, p. 213.
([2]) *Anatomie pathologique*, 33[e] livraison, planche II, figure 3.
([3]) Duplay, *Archives*, 2[e] série, 1833, t. I, p. 178.

occipitales. Injection et ramollissement des circonvolutions des parties supérieure, moyenne et inférieure de l'hémisphère droit, pénétrant jusque dans la substance médullaire sous-jacente. Dans toute cette étendue, la matière cérébrale est parsemée de petits caillots sanguins du volume d'une tête d'épingle; elle est, dans les intervalles, blanche, pultacée, diffluente. Peu de sérosité dans les ventricules; deux petits tubercules sans autre altération voisine dans le mésocéphale. Poumons tuberculeux. Légères traces de phlegmasie gastro-intestinale (1).

CCVII^e Obs. — Femme, membres gauches subitement paralysés. Le deuxième jour, perte de connaissance. Pas de rigidité musculaire, perte du sentiment, plus prononcée que celle du mouvement. Quatrième jour, mort. — Pie-mère très injectée, surtout à droite; hémisphère droit en dehors et en avant, ramollissement de la substance corticale, qui est très rouge, et offre çà et là des points noirâtres et des petits caillots de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette altération existe dans l'espace de 3 pouces. La substance grise y est comme en bouillie rougeâtre. Ce ramollissement a lieu par petits foyers qui pénètrent de deux à trois lignes dans la substance médullaire. Celle-ci n'est que simplement ramollie et sans injection sanguine. Sur la superficie des circonvolutions et des anfractuosités, se trouve une multitude de petits points rouges que le lavage fait disparaître (2).

CCVIII^e Obs. — Femme, quarante-huit ans, chagrins; perte de la raison, agitation, insomnie; cris confus, refus d'aliments; mouvements convulsifs, épileptiformes, puis engourdissement; coma, convulsions. Mort. — Veines cérébrales supérieures, très engorgées, caillots fermes dans ces veines et dans le sinus longitudinal supérieur. Larges taches à la surface supérieure du cerveau; couche corticale ramollie et criblée d'une multitude de petits épanchements de sang variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Ces altérations sont surtout remarquables aux régions postérieures des hémisphères. Pie-mère infiltrée de sang. La couche corticale a une couleur rouge foncée, ponctuée de noir, et en quelques points de petits épanchements existent dans la substance blanche; l'un d'eux s'est fait jour dans le ventricule latéral gauche, qui offre à sa partie postérieure un peu de sang coagulé (3).

CCIX^e Obs. — Femme, aliénée, cinquante ans; courbature, fièvre,

(1) Coudray, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1831, n° 102, p. 8.
(2) Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1826, t. IV, p. 18.
(3) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 296, p. 313.

céphalalgie, mouvements convulsifs. — Petits ramollissements partiels des circonvolutions. A la surface des deux hémisphères, grand nombre de petites taches rouges, larges au plus comme une lentille ou comme un grain de millet, formées par du sang infiltré. Quelques taches présentent, au centre, un petit corps blanchâtre, mou, difficile à caractériser. On trouve des infiltrations analogues dans le tissu du cœur, dans les parois de l'intestin grêle et dans le tissu des reins (1).

CCXe Obs. — Femme, soixante-treize ans, délire aigu promptement dissipé. Diarrhée, pâleur, immobilité; langue sèche, pouls petit, ventre douloureux à la pression; facultés intellectuelles conservées, parole nette, réponses brèves. Faiblesse, refroidissement du bras droit, assoupissement. Mort. — Infiltration séreuse de la pie-mère. Substance corticale du lobe postérieur gauche couleur lie de vin, piquetée de noir; même altération au fond de quelques anfractuosités. Petite cavité jaunâtre dans le corps strié gauche. Rein droit rempli de pus. Muqueuse intestinale enflammée (2).

CCXIe Obs. — Vieille femme, gâteuse. Torpeur générale, pas de renseignements. — Sinus remplis de caillots friables, rougeâtres ou jaunâtres. Grosses veines de la pie-mère distendues par du sang coagulé. A la surface des circonvolutions, plusieurs plaques formées par un piqueté ou moucheté, avec teintes rouges, roses ou noires dans les intervalles. Foyer hémorrhagique dans l'hémisphère gauche (3).

CCXIIe Obs. — Femme, quatre-vingts ans, grand embonpoint, face colorée. Aliénation mentale depuis trente ans. Il y a un an, éblouissements passagers, gêne de la parole momentanée, faiblesse intellectuelle, évacuation urinaire involontaire; érysipèle du membre supérieur droit et du tronc, coma. Mort le septième jour. — Le pourtour des lobes cérébraux est comme tiqueté par un grand nombre de petits épanchements globulaires, avec ramollissement de la substance nerveuse environnante. Sous le microscope, ces petits foyers montrent soit des globules sanguins, soit de l'hématosine, et les points ramollis présentent des disques granuleux, des globules sanguins, des corpuscules de matière nerveuse, des fibres cérébrales libres et des éléments vasculaires (4).

CCXIIIe Obs. — Femme, quatre-vingts ans, bien portante. Depuis

(1) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 25.
(2) *Idem, ibidem*, p. 20.
(3) *Idem, ibidem*, p. 14.
(4) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 522.

deux jours, légère céphalalgie. 14 novembre, elle tombe sans connaissance, bouche déviée à droite. Perte complète du mouvement des membres gauches et de la face, incomplète de la sensibilité; contracture à droite et à gauche; respiration stertoreuse, stupeur, intellect nul, coma. Mort le 16. — A la surface inférieure du lobe antérieur droit, près la scissure de Sylvius, coloration hortensia des circonvolutions, et au centre, coloration noire par la présence d'un caillot, avec ramollissement marqué de la couche la plus superficielle de la substance corticale, qui présente une multitude de points rouges, constitués par autant de petits foyers hémorrhagiques. Substance médullaire pâle au dessous, et ramollie. La substance grise à l'extérieur est rugueuse, tachetée de noir; les points les plus foncés sont formés par un très grand nombre de petits foyers sanguins, plus ou moins distincts, isolés ou rapprochés. Dans quelques points, au contact des substances grise et blanche, la couleur est jaune serin avec ramollissement peu étendu. Même altération à la partie postérieure du même hémisphère; l'altération est bornée à la substance corticale (1).

CCXIV^e Obs. — Femme, quatre-vingt-trois ans. Depuis huit jours, étourdissements; depuis quatre, crampes dans les membres inférieurs; néanmoins, cette femme mange et se promène. 3 décembre, à dix heures du matin, étourdissement, et à quatre heures du soir, perte de connaissance, paralysie du mouvement des membres droits, qui sont roides; la sensibilité y est intacte. Parole nulle, impossibilité de montrer la langue et d'avaler. Mort le 5, à sept heures du matin. — Dans une vingtaine de points disséminés, surtout au sommet des circonvolutions de l'hémisphère gauche, plaques de 3, 5 ou 6 lignes de diamètre, offrant un pointillé rouge vif, points très distincts, malgré leur rapprochement. Cette altération est bornée à la couche corticale. Ces plaques sont nettement limitées. A la surface de plusieurs d'entre elles, on voit une érosion et comme une perte de substance. Dans le corps strié gauche, altération analogue; mais la couleur rouge y est parsemée de petits points blancs, comme à la surface d'une fraise. A la partie postérieure de ce corps se trouve un véritable foyer de la grosseur d'une petite noisette, formé par un caillot de sang noir pur, ce qui permet d'établir la difference (2).

Cette forme d'hémorrhagie diffère des précédentes par l'exiguïté des foyers, mais aussi par leur nombre. Ils ont la

(1) Diday, *Gazette médicale*, 1837, p. 242.
(2) Diday, 2e obs., *Gazette médicale*, 1837, p. 242.

grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, ou d'une lentille. Les plus gros ne dépassent pas le volume d'un pois. Ce n'est donc pas la quantité de sang épanché qui fait le danger; ce sont bien plutôt les circonstances pathologiques qui précèdent ou accompagnent cette sorte d'apoplexie. D'un autre côté, elle affecte la périphérie du cerveau, et principalement la partie supérieure des hémisphères, et reste par conséquent à une certaine distance du centre et de la base de cet organe, dont les lésions ont toujours une plus sérieuse gravité.

Cette hémorrhagie paraît quelquefois tenir à une modification de l'état du sang. Elle a été précédée d'épistaxis, de purpura. On a trouvé après la mort des points et des taches ecchymotiques, non seulement à la surface du cerveau, mais dans le tissu du cœur, dans les poumons, le foie, les reins (CCV, CCIX). D'autres fois, on constate l'existence de la thrombose des sinus ou des principales veines qui parcourent la pie-mère (CCVIII, CCXI). Chez plusieurs sujets, on a vu les méninges épaissies, injectées, infiltrées, et la substance corticale ramollie autour des plaques hémorrhagiques (CCVI, CCVII, CCIX, CCXII), rugueuse (CCXIII) ou même érodée (CCXIV).

Les trois faits suivants montrent encore les rapports des altérations de ces parties contiguës.

QUATRIÈME SÉRIE. — *Coïncidence des hémorrhagies des méninges et de la substance corticale.*

CCXV° OBS. — Enfant de trois mois, très maigre. Tête dilatée (d'une oreille à l'autre, 22 centimètres; de la racine du nez à la nuque, 27), pâleur, pupilles dilatées, sensibilité obtuse dans les membres inférieurs, vomissements, cris, diarrhée verte abondante, convulsions. — Dans l'arachnoïde, 125 grammes de sang rouge, liquide; parois tapissées par une couche membraneuse, transparente, assez consistante, qui se détache de la séreuse. Entre elle et l'arachnoïde viscérale se trouvent, en certains points, de petits foyers sanguins que le doigt fait cheminer. Dans le lobe antérieur gauche, foyer apoplectique placé au dessous des méninges; il a

2 centimètres sur 1, une couleur jaunâtre et de la consistance. Dans le lobe antérieur droit, noyau apoplectique de même aspect et de même consistance, un peu plus gros qu'une tête d'épingle. Ventricules légèrement dilatés. Un peu de sang épanché entre le cervelet et l'occipital et dans le canal rachidien. Calices et bassinets contenant quelques petits graviers (¹).

CCXVIe Obs. — Homme, soixante-quatre ans. Attaque d'apoplexie en 1824, rétablissement; la parole reste imparfaite. Deuxième attaque; en juillet 1825, une troisième avec convulsions. Insensibilité pendant trente-six heures. Depuis surviennent une douzaine d'attaques. Embarras de la parole et paralysie du côté gauche. Mort pendant la douzième, survenue en 1830. — Dépression remarquable de la surface de l'hémisphère droit, formant une cavité bien déterminée qui contient 3 ou 4 onces de fluide séreux, lequel s'est échappé quand la dure-mère a été divisée. La substance cérébrale sous-jacente est plus dense qu'à l'ordinaire, et immédiatement au dessous se trouve comme un kyste apoplectique affaissé, tapissé par une membrane jaunâtre; il est en partie oblitéré par la coalescence des parois. Il existe plusieurs autres petits kystes dans divers points de la surface de l'hémisphère droit; mais tous sont vides, et on ne peut découvrir celui qui provenait de l'attaque fatale (²).

CCXVIIe Obs. — Femme, soixante-dix-huit ans, apparence d'une bonne santé. 7 juillet, en marchant, le soir, attaque d'apoplexie et chute; perte de connaissance, coma, température rectale 36; pouls 52, respiration calme, vomissements de matières sanguinolentes; flaccidité des quatre membres, surtout de ceux du côté droit. Pas de différence de température des deux côtés. Mouvements réflexes des membres inférieurs, moins prononcés à droite; légère hémiplégie faciale droite, commissure labiale gauche dirigée en arrière, paupière supérieure droite inerte; pupille droite plus large que la gauche, laquelle est contractée; arcus senilis des deux côtés, mucus sur les cornées, écoulement de sang par l'oreille droite. Le lendemain, coma moins profond; pouls 100, température rectale 38,5; évacuations alvines involontaires, hémiplégie droite nettement prononcée, membres droits plus chauds que les gauches; mais après une réfrigération artificielle des deux cuisses, la droite est devenue plus froide que la gauche. Troisième jour, coma sans stertor, parole à peu près nulle, refus de boire; pouls 76, plein, large,

(¹) Béchet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 44.

(²) Abercrombie, *Transact. of the med.-chir. Society of Edinburgh*, 1834. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, t. XLII, p. 254.)

régulier; respiration 28, râles ronflants. Quatrième jour, déglutition irrégulière; respiration 28, bruyante; mouvements réflexes des membres inférieurs, égaux des deux côtés; membres droits plus chauds. Cinquième jour, rougeur de la face, pommette droite plus chaude et plus rouge, pupilles égales, eschare de la fesse droite. Sixième jour, coma profond; température rectale 38,4, pouls 88, respiration non bruyante 28; yeux rouges, tournés en haut; léger nystagmus, état légèrement cataleptique du membre supérieur gauche. Mort le sixième jour. — Dans la région temporale droite, caillot mince entre la dure-mère et le crâne; fracture du rocher. A gauche, dans la cavité de l'arachnoïde, quelques cuillerées de sang noir liquide. Au niveau de la scissure de Sylvius et du lobe sphénoïdal, épanchement sanguin sous-arachnoïdien, du volume d'un petit œuf, avec destruction superficielle des circonvolutions sphénoïdales. La pie-mère, en rapport avec ce foyer, présente cinq ou six petits caillots arrondis, à surface lisse et brillante, du volume d'une grosse tête d'épingle à celui d'une petite lentille. Ce sont des anévrysmes de petites artérioles de la pie-mère, remplis de globules rouges et blancs et formés d'un sac mince et fragile. Artères cérébrales très peu athéromateuses. Sur la surface convexe des deux hémisphères, surtout sur le lobe sphénoïdal droit, se trouvent par places des infiltrations sanguines de la pie-mère. Au dessous, la couche corticale est ramollie et infiltrée de sang; des petits foyers offrent au centre un caillot; on n'y trouve pas d'anévrysmes miliaires. Quelques circonvolutions présentent à leur surface des plaques rouges irrégulières, par hyperplasie des noyaux des capillaires et de la névroglie. État normal des autres parties de l'encéphale et des divers organes [1].

Résumé des faits relatifs aux hémorrhagies de la substance corticale du cerveau.

I. Ces observations sont au nombre de 45, et ont été divisées en trois séries, principalement fondées sur l'étendue et sur le nombre des foyers hémorrhagiques. La première série comprend 10 cas, dans lesquels on ne trouve qu'un seul foyer circonscrit. La seconde renferme 22 cas, dans lesquels les foyers sont plus ou moins étendus et nombreux. La troisième est formée de 10 cas, dans lesquels les foyers sont nombreux, mais très petits. Une quatrième, qui ne

[1] Raphaël Lépine, *Gazette médicale*, 1867, p. 729.

présente que 3 cas, montre des coïncidences d'hémorrhagies des méninges et de la substance corticale.

II. Ces faits ont été observés chez un nombre presque égal d'individus des deux sexes. Il y en a eu 21 pour le sexe masculin et 23 pour le sexe féminin. Le sexe n'a pas été indiqué dans l'observation d'un très jeune enfant. L'apparence d'égalité entre les sexes n'existe pas pour toutes les séries. Si, dans la seconde et la quatrième, elle est très réelle, elle s'efface pour la première, qui se compose de 8 hommes et 2 femmes, et pour la troisième, qui est formée d'un homme et 9 femmes. Ce n'est qu'un détail, mais qui ne devait pas être passé sous silence.

III. Relativement aux âges, on n'a d'appréciation exacte que pour 41 sujets, qui se divisent ainsi :

1 enfant n'avait que 3 mois (CCXV).
1 autre avait 11 ans (CLXXIII).

5	sujets avaient	de......................	21 à 30 ans.
4	—	de......................	31 à 40 —
7	—	de......................	41 à 50 —
6	—	de......................	51 à 60 —
6	—	de......................	61 à 70 —
9	—	de......................	71 à 80 —
2	—	l'un 83 (CLXXXII), et l'autre 89 (CCIV) ans.	
41			

C'est donc dans la vieillesse que cette hémorrhagie a lieu le plus ordinairement; mais les autres âges, et même l'enfance, n'en sont pas à l'abri.

IV. Les sujets atteints étaient plus souvent robustes que faibles; mais dans quelques cas, il existait une débilité constitutionnelle, une altération probable du sang (CLXXIV, CCV).

V. Parmi les professions, je ne trouve indiqué que celle de tailleur, de batelier, de marchand ambulant, d'ouvrier, etc.

VI. Des excès de boissons alcooliques étaient habituels chez trois sujets (CLXXX, CXCI, CXCII).

VII. Des affections morales tristes ont eu lieu chez trois autres (CLXXX, CXCV, CCVIII), et une vive frayeur chez une femme robuste, dont les règles s'arrêtèrent brusquement (CLXXXIV).

VIII. Les irrégularités, les suppressions du flux menstruel ont d'autres fois été notées (CLXXXIII, CLXXXVIII).

IX. Les excès vénériens ont également été signalés (CLXXXVI, CXCII).

X. Parmi les causes pathologiques, on cite :

a. Une chute sur la tête (CCXVII).

b. Deux altérations graves de l'oreille interne (CLXXIV, CCVI).

c. Un rhumatisme (CLXXV).

d. Une maladie du cœur (CLXXVIII).

e. Une phthisie pulmonaire et une bronchite (CLXXIV, CXLVII).

f. Deux cas d'épilepsie (CLXXXIX, CXCIII).

g. Treize cas d'aliénation mentale à différents degrés.

h. Six fois, il y avait eu des premières atteintes d'apoplexie, et même quelques-unes avec hémiplégie.

i. Diverses autres maladies accidentelles ont eu lieu, mais sans rapport avec l'hémorrhagie cérébrale. J'en excepte toutefois un cas de purpura, avec épistaxis, etc., évidemment lié avec l'altération constitutionnelle du sang déjà signalée et avec la variété d'apoplexie qui s'est produite (CCV). Cette coïncidence avait été déjà indiquée à l'occasion de l'*hémorrhée pétéchiale* [1].

XI. Comme phénomènes *avant-coureurs*, on a quelquefois noté la céphalalgie, la stupeur, l'engourdissement, l'incertitude de la marche, les crampes, les éblouissements, quelques troubles de l'intelligence (CLXXV, CLXXVII, CLXXXIV, CXCV, CCXIII, CCXIV).

XII. Souvent, l'*invasion* a été subite et sans précurseurs. Elle a eu lieu 17 fois par la perte de connaissance, l'insen-

[1] *Cours théorique et clinique de Pathologie interne*, t. III, p. 75.

sibilité, etc. Dans les cas très graves, le sujet n'a plus donné de signes d'intelligence; dans les cas d'une moindre intensité, la connaissance est revenue, après quelques instants, ou quelques heures. L'invasion a, d'autres fois, été marquée par des vomissements (CLXXII, CLXXV, CLXXVII, CLXXXIV); deux fois, il y avait en même temps des convulsions.

Une fois, la maladie a débuté par des frissons, des douleurs dans les membres, une grande prostration, la fièvre (CLXXXIII).

XIII. Les *symptômes* de l'hémorrhagie de la substance corticale ont été quelquefois nuls à cause de la rapidité de la terminaison (CLXXVIII, CLXXXVIII); ceux qui se sont présentés pendant le cours de la maladie ont offert des nuances ainsi résumées :

XIV. C'est à peine si, dans un cas, il y a eu de la *céphalalgie* (CCIX).

XV. L'intellect a paru parfois revenu à son état habituel; mais plus souvent, il a été comme engourdi, obtus.

XVI. On a observé du délire chez huit malades; il a été sourd, léger, tranquille, mais quelquefois loquace (CLXXVI) et bruyant (CLXXXIII, CCX).

XVII. Il y a eu treize cas d'état comateux, mais on n'en compte aucun parmi ceux de la première série.

XVIII. La parole a été lente, gênée chez quelques sujets (CLXXX, CLXXXIII, CXCVIII, CC, CCVI), nulle ou à peu près chez huit autres (CLXXIX, CLXXXII, CLXXXIV, CXCIV, CXCIX, CCI, CCXIV, CCXVII).

XIX. Les yeux ont été fixes, hagards ou agités de mouvements de rotation. Les pupilles ont été contractées ou dilatées alternativement (CLXXIII, CLXXXI, CXCV, CCXV).

XX. Il est survenu des mouvements convulsifs ou des convulsions dans onze cas. Elles ont été bornées à la face ou aux membres d'un côté, ou elles ont été générales, épileptiformes. Il y a eu aussi des tremblements (CLXXV).

XXI. On a compté 24 cas de paralysie ; savoir :

Hémiplégie droite (CLXXIX, CXCIV, CXCVIII, CXCIX, CCII, CCXIV, CCXVIII)	7
Hémiplégie gauche (CLXXX, CLXXXI, CLXXXIV, CXCVIII, CCIV, CCVI, CCVII, CCXIII, CCXVI	9
Paralysie d'un membre supérieur (CCI)	1
Paralysie des deux membres supérieurs (CLXXXIII).	1
Paraplégie (CC)	1
Paralysie des quatre membres (CLXXXVII, CXCI, CXCV, CCI, CCIII)	5
	24

C'est surtout dans la deuxième série que se trouvent le plus grand nombre et la plus grande variété des cas de paralysie.

XXII. Les membres paralysés ont été souvent dans un état de grande résolution, surtout quand le mouvement était enrayé des deux côtés ; mais il y a eu chez plusieurs sujets une rigidité, une contracture très prononcée de quelques parties du système musculaire. Le rapprochement de ces phénomènes donne ces résultats :

Rigidité générale des membres (CLXXVII, CXCIII, CCII, CCXIII)	4
Rigidité des membres, avec serrement des mâchoires (CLXXX, CLXXXV)	2
Contracture des membres gauches (CLXXXI)	1
Contracture des membres droits (CCI, CCXIV)	2
Contracture du bras droit et de la partie postérieure du cou (CC)	1
Rigidité du cou (CXCIX)	2
	12

La contracture s'est quelquefois produite dans les membres opposés à ceux qui étaient paralysés, par exemple la rigidité étant à droite et la paralysie à gauche (CCI) ; d'autres fois, le même membre était à la fois paralysé et roide (CCXIV) ; la rigidité a eu lieu, soit dans le sens de l'extension (CXCIII), soit dans celui de la flexion (CLXXVII, CLXXX).

XXIII. La sensibilité a été souvent conservée, même dans les parties privées du mouvement (CLXXIX, CLXXX, CC, CCXIV).

Il y a eu dans un cas hyperesthésie (CLXXIX); mais souvent, la sensibilité a été plus ou moins émoussée (CLXXXIV, CXCIX, CCVII, CCXIII, CCXV); elle a paru entièrement éteinte (CLXXXIX, CXCII, CXCV., CXCVIII), même à ce point qu'aucun mouvement réflexe ne pouvait être provoqué (CXCV).

XXIV. Chez quelques malades, il est survenu des vomissements (CLXXIII, CLXXVII, CCIV, CCXV, CCXVII).

XXV. La respiration a été souvent gênée, bruyante, suffocante, stertoreuse.

XXVI. Le pouls a été plusieurs fois lent (CLXXVII, CXCI, CXCV, CCXVII), plus souvent fréquent, et en même temps faible, petit ou plein. Il y a eu parfois de la fièvre (CLXXXIII, CLXXXV, CCIX).

XXVII. La peau a été chaude (CXCVI, CXCVIII, CC), surtout du côté de l'hémiplégie (CLXXIX, CCXVII).

XXVIII. La marche de la maladie a été généralement continue, marquée par des progrès plus ou moins rapides. Il y a eu parfois des attaques successives (CXCVIII); dans un cas fort curieux, toutes les apparences d'une guérison complète se manifestèrent (CCIV).

XXIX. La durée de la maladie a été d'un (CLXXIII, CLXXV, CLXXXIV), deux (CLXXIX, CXCVI), trois (CXCII, CCXIII, CCXIV), quatre (CLXXXI, CLXXXVII, CCIII, CCVII), cinq (CLXXVII), six (CCXVII), sept (CLXXXIII, CXCVIII, CXCIX, CCXII), huit (CXCIV), quatorze (CCVI), vingt (CLXXXV) jours, un mois (CLXXX, CXCIII), quatre mois (CCII).

XXX. Les vaisseaux méningiens et encéphaliques ont le plus ordinairement paru pleins de sang. Ce fluide était quelquefois coagulé dans les sinus de la dure-mère et dans les veines de la pie-mère. Les méninges étaient rouges, plus ou moins épaisses, adhérentes à la surface du cerveau.

XXXI. J'ai indiqué les divers modes selon lesquels se produit l'hémorrhagie dans le tissu de la substance corticale, l'effusion étant circonscrite dans un seul point ou répandue dans des foyers multiples, larges ou très petits. Le sang peut être intimement mêlé avec la substance cérébrale et

formant comme une bouillie, ou bien il est concrété en gelée ou en caillots solides, ayant le volume d'une tête d'épingle, d'un grain de millet, d'un pois, d'une noisette, etc.

XXXII. Des foyers isolés ont occupé des localisations sur lesquelles l'attention s'est portée, par exemple sur les bords de la scissure de Sylvius gauche; mais les hémisphères cérébraux ont pu offrir sur tous les points de leur périphérie des traces d'hémorrhagie corticale. Souvent, il n'y a eu qu'un hémisphère affecté; le droit l'a été 15 fois, le gauche 8 fois, le droit et le gauche en même temps 13 fois.

XXXIII. Les circonvolutions ont été lésées à leur partie la plus convexe, et souvent les foyers se sont montrés dans les anfractuosités. Il y a eu des plaques parfaitement limitées, plus ou moins étendues, offrant une teinte rougeâtre ou rosée et des points noirâtres.

XXXIV. Dans un cas, une membrane mince et transparente recouvrait du sang récemment épanché (CLXXIV); dans un autre, le sang était contenu dans des kystes (CCXVI). On a vu aussi une sorte de cicatrice jaunâtre (CLXXXI).

XXXV. Entre les foyers hémorrhagiques, la substance corticale était plus ou moins ramollie. Ce ramollissement s'étendait rarement à la substance médullaire, qui, au contraire, s'est montrée parfois très résistante (CC).

XXXVI. Souvent, on a trouvé avec l'hémorrhagie de la substance corticale une lésion assez prononcée des corps striés, ou du corps strié du côté où siégeaient les foyers de la périphérie. Ainsi, ces corps ont été trouvés injectés, ramollis, de couleur rouge ou foncée, bistrée, creusés de petites cavités irrrégulières, jaunâtres, avec un noyau hémorrhagique sanguin (CLXXXIV, CXCII, CXCIV, CXCVIII, CCX, CCXIV).

XXXVII. Une certaine quantité de sérosité a été épanchée dans l'arachnoïde cinq fois, dans les ventricules six fois.

XXXVIII. Les artères ont été trouvées quelquefois athéromateuses, cartilagineuses ou encroûtées de matière calcaire

(CLXXV, CLXXIX, CCIV). On a vu des petits anévrysmes développés sur des ramifications artérielles des méninges (CLXXIX, CCXVII).

XXXIX. Des taches ecchymotiques se sont montrées dans le tissu du cœur, dans les poumons, dans le foie, dans les reins chez des sujets atteints d'apoplexie capillaire.

XL. Le cœur était hypertrophié dans trois cas (CLXXVIII, CLXXX, CXCI).

2me SECTION. — HÉMORRHAGIES DES LOBES MOYENS DU CERVEAU.

Ces lobes ont un volume considérable; ils offrent à leur centre une grande masse de substance médullaire; ils confrontent en dedans avec les corps striés et les couches optiques.

Les hémorrhagies des lobes moyens sont très fréquentes. Elles offrent à l'étude des matériaux nombreux, que je crois utile de classer en ayant égard aux circonstances suivantes : 1° Un seul lobe est lésé; 2° les deux lobes sont affectés; 3° le foyer s'est ouvert vers la surface externe du cerveau; 4° ou dans le ventricule voisin; 5° ou à la fois dans le ventricule et à la surface.

§ I. — Hémorrhagie ayant son siége dans l'un des lobes moyens du cerveau.

Une assez nombreuse collection de faits permet de suivre les changements que la substance cérébrale subit, et les transformations que le foyer hémorrhagique présente depuis les premiers temps de la maladie jusqu'à l'époque où elle paraît guérie. Les faits vont, en conséquence, être distribués en plusieurs séries, se rattachant aux périodes ou états variés par lesquels passe la partie où l'hémorrhagie s'est effectuée.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorrhagie d'un lobe moyen du cerveau ayant occasionné la mort au bout de quelques heures.*

CCXVIIIe OBS. — Garçon de neuf ans, constitution délicate, mais santé habituellement bonne; il jouait au cerceau, s'arrête, porte la

main à la tête, et tombe à la renverse. Perte de connaissance. Trois ou quatre heures après, refroidissement, surtout des extrémités inférieures; pâleur de la face, langue un peu saillante entre les lèvres, respiration lente, et de temps en temps stertoreuse; pouls petit, 50-60; convulsions dans les membres droits, flexion et rigidité dans le bras gauche; jambe gauche paralysée et en résolution. Insensibilité, perte de l'ouïe; pupille droite très large, pupille gauche très resserrée; l'une et l'autre contractiles à la lumière. Mort sept heures après l'invasion. — Congestion considérable des veines et des sinus. Hémisphère gauche pâle. Dans l'hémisphère droit, large caillot sanguin avec beaucoup de sérosité, situé en dehors du ventricule et se portant en bas jusqu'au corps strié. Autour du caillot, substance cérébrale ramollie; on y voit l'extrémité entr'ouverte de plusieurs vaisseaux, dont un plus volumineux se dirige vers le corps strié. Congestion pulmonaire. Cœur volumineux, pesant 5 à 6 onces. Ventricule gauche hypertrophié. Congestion veineuse du foie, de la rate, des reins (1).

CCXIXe Obs. — Femme, vingt-huit ans, enceinte de cinq mois, frappée d'apoplexie, avec résolution du côté *droit*. L'avortement suit de près cet accident, et la mort arrive demi-heure après. — Vaisseaux des méninges injectés, sérosité sous l'arachnoïde; caillot de sang dans le lobe moyen *droit*, au côté externe du corps strié; il est contenu dans une cavité ayant au moins deux doigts de largeur; le sang n'avait presque pas pénétré dans le ventricule droit, malgré sa proximité. Rien dans le gauche (2).

CCXXe Obs. — Femme, quarante-six ans, mère de famille. Depuis deux ans, pertes considérables par les hémorrhoïdes, qui sont liées et enlevées. Les hémorrhagies cessent; un accouchement a lieu; il est naturel; puis, céphalalgie frontale et cervicale postérieure qui semble périodique. Règles abondantes, pâleur, faiblesse, maigreur. Vomissements bilieux, fréquents. Pendant un mois, cessation de la douleur de tête; intellect parfait; pas de vertiges; sens à l'état normal. Action du cœur violente, irrégulière; pouls faible. Foie volumineux. 13 juin, tout à coup la malade se jette hors de son lit, devient insensible, et meurt au bout de deux heures. — Viscères abdominaux sains; seulement, le lobe droit du foie descend jusqu'au bassin. Ventricule gauche du cœur très hypertrophié, mais valvules saines; les organes, en général, sont anémiques. Cerveau ferme. Pas d'indice de congestion. Dans l'hémisphère gauche, un caillot de sang, du poids

(1) Richard Quain, *London Journ. of Med.*, jan. 1849. (*Archives*, 4e série, t. XXI, p. 209.)
(2) Morgagni, dans Valsalva, *Opera*. Venetiis, 1740. Epist. XIII, n° 25, t. I, p. 501.

de deux onces, existe au milieu d'une portion du cerveau, qui est ramollie. (L'hémorrhagie, dit Hull, est survenue plutôt par l'état morbide des vaisseaux que par la détermination du sang vers la tête; mais il ne spécifie pas la nature de la lésion vasculaire) (1).

CCXXI[e] Obs. — Femme, cinquante ans. Elle avait eu quelques années auparavant une paralysie du bras droit, et en était guérie. 2 septembre, elle crie au secours, disant qu'elle sent mourir la jambe et le bras *droits*. Perte de connaissance. Mort le soir. — Hémisphère cérébral gauche entièrement sain. Le *droit* est transformé en une énorme cavité, renfermant un caillot de sang noirâtre et du sang fluide (2).

CCXXII[e] Obs. — Laboureur, soixante-huit ans. 3 mars, à une heure après midi, attaque subite. Coma profond, pupilles dilatées et presque insensibles; membres inférieurs roides et agités de mouvements convulsifs; bras flasques. Respiration stertoreuse, bouche non déviée, peau chaude; pouls 76, plein; radiale indurée. Une pinte d'urine limpide, légèrement albumineuse, est extraite par la sonde; pouls intermittent. Mort à quatre heures. — Rigidité cadavérique assez prononcée. Dure-mère adhérente au crâne. Arachnoïde opalescente. Cerveau assez consistant. Ventricules latéraux pleins de fluide séreux. Artères cérébrales athéromateuses, mais sans concrétions calcaires. Caillot de trois onces et demie occupant le centre de l'hémisphère gauche, près du côté externe du corps strié; substance cérébrale environnante déchirée et ramollie. Deux onces de fluide sanguinolent à la base. Parois du ventricule gauche épaisses. Artères coronaires athéromateuses (3).

On doit remarquer que la mort est survenue en quelques heures, bien qu'un seul hémisphère ait été lésé et que le sang ne se soit pas épanché dans les ventricules; mais le caillot était volumineux et l'irruption avait été subite.

Dans deux cas, l'hémiplégie était du même côté que l'hémorrhagie (ccxix, ccxxi). Morgagni, frappé de cette coïncidence opposée à la règle, la signala à l'attention de ses élèves.

Hull mentionne l'état des vaisseaux dans le foyer hémor-

(1) Hull, *On blood*, XXVI. (Copeman, p. 162.)

(2) Freschi, *Bolletino delle Scienze mediche*. (*Gazette médicale*, 1844, p. 58.)

(3) W. Boyd Mushet, *On apoplexy*. London, 1866, p. 33.

rhagique. Il y reconnaît des ramuscules dilatés, dont la rupture était facile à constater (ccxx).

Dans tous les cas, la substance cérébrale aux environs du foyer paraît ramollie et déchirée.

Le sang avait eu le temps de se coaguler; il formait une masse de plus de 100 grammes.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagie dans un lobe moyen du cerveau ayant occasionné la mort du deuxième au dixième jour.*

CCXXIII° OBS. — Fille, vingt-quatre ans, domestique, violente scène de jalousie et de colère. Le lendemain, 25 septembre, agitation, délire furieux, puis stupeur et délire avec marmottement, face sombre, air triste, pas de paralysie. Même état pendant trois jours. Quelques mouvements de la face ont eu lieu, dit-on, mais rien de précis à cet égard. Coma. Mort le 2 octobre. — Méninges injectées. Surface des hémisphères cérébraux plus pâle et veines moins pleines qu'à l'ordinaire. Circonvolutions aplaties. Substance cérébrale pâle et ferme. Dans l'hémisphère gauche, volumineux caillot de sang situé en dehors du corps strié et de la couche optique, s'étendant jusqu'au voisinage de la scissure de Sylvius. Ce caillot est mou, noir, recouvert à sa surface de fragments de substance cérébrale. Il pèse près de deux onces. Les côtés de la cavité où il est logé sont unis, de couleur rouge-brune. On y trouve des corpuscules d'exsudation. Ventricule latéral voisin vide; le droit contient très peu de sérosité. Pas de maladie des artères de l'encéphale (1).

CCXXIV° OBS. — Boulanger, vingt-huit ans; il travaille beaucoup, boit du café pendant la nuit. Octobre, il tombe sans connaissance. Le lendemain, il est encore insensible. Perte du mouvement de la moitié gauche. Vue nulle; pouls petit, 100; respiration 28. Agitation, mouvements brusques du côté droit, pouls 120, sueurs abondantes, respiration accélérée. Troisième jour, gêne de la déglutition. Du reste, même état. Mort le quatrième jour. — Suffusion sanguine dans le tissu de la pie-mère, sur la convexité de l'hémisphère droit. Teinte rosée de la substance corticale au dessous. Caillot de la grosseur d'une orange au centre du lobe moyen droit (corps strié et couche optique intacts). Parois du foyer présentant des débris de matière cérébrale ramollie; aux parties antérieure et postérieure sont plusieurs petits épanchements de sang, avec ramollissement de la substance cérébrale (2).

(1) Broadbent, *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1861, t. XII, p. 15.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 343.

CCXXV^e Obs. — Homme, hémiplégie droite, grande difficulté pour parler. Assoupissement, stertor. Cet état était survenu subitement cinq jours avant. Depuis, stupeur toujours profonde. Trois jours après, mieux, puis augmentation de l'insensibilité et de l'embarras de la respiration, et mort en quarante heures (le dixième jour). — Circonvolutions aplaties. Sérosité sous-arachnoïdienne. Large caillot noirâtre, couleur de café, dans le centre de l'hémisphère gauche. Le sang n'a pas pénétré dans le ventricule, mais l'a refoulé : il occupait l'emplacement du corps strié. Beaucoup de graisse autour du péricarde et dans le médiastin. Cœur large. Une valvule aortique cartilagineuse (1).

CCXXVI^e Obs. — Magdeleine Vidal, âgée de quarante-cinq ans, veuve, blanchisseuse, demeurant près Bordeaux, éprouve le 20 novembre 1854, sans phénomènes précurseurs, une perte absolue de connaissance, et tombe. Transportée immédiatement à l'hôpital Saint-André, on reconnaît une paralysie du membre supérieur gauche sans perte de sensibilité; le droit et les deux membres inférieurs jouissent du mouvement et du sentiment. La malade est plongée dans le coma; toutefois, on peut la réveiller; elle semble comprendre, mais elle ne parle pas. En faisant ouvrir la bouche, on voit la langue déviée à gauche; les pupilles sont resserrées. Pouls 96, petit. Urines involontaires. (Sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif avec le séné, calomel, vésicatoires, etc.) Malgré ces divers moyens, les symptômes ne s'amendent point, le membre supérieur gauche devient insensible, l'inférieur a perdu sa motilité. Pouls 80, dysphagie. Mort le 27 novembre.

Nécropsie. — L'hémisphère gauche du cerveau ne présente aucune altération. L'hémisphère droit semble plus saillant; il offre à sa surface une injection notable. En dehors et en avant du corps strié, existe un foyer hémorrhagique qui se prolonge dans toute la partie antérieure du lobe moyen. Il a $0^{m}10$ de longueur sur $0^{m}03$ de largeur. Il contient des caillots de sang et une certaine quantité de sang liquide; ses parois sont ramollies. Le septum lucidum, la voûte à trois piliers ont notablement diminué de consistance. État normal des organes thoraciques et abdominaux.

CCXXVII^e Obs. — Femme, cinquante-sept ans; depuis quelque temps, état nerveux et faiblesse physique et morale. Tout à coup, hémiplégie droite, perte de la parole, mais non complètement de la connaissance. Bientôt après, coma, insensibilité, respiration lente, non stertoreuse. Rigidité des muscles du côté paralysé, bouche

(1) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 288. (Copeman, p. 124.)

fermée, et ne s'ouvrant qu'avec difficulté. Les liquides sont introduits par le vide que laissait l'absence de quelques dents. Déglutition facile, paralysie des sphincters; quelques mouvements réflexes sont produits par le chatouillement de la plante du pied droit. Pupilles très resserrées. Troisième jour, coma profond. Mort. — Caillot noir et ferme près le côté externe du corps strié gauche; la substance cérébrale environnante n'est que peu ramollie, mais elle est parsemée de beaucoup de très petits caillots (apoplexie capillaire). Corps strié ferme et paraissant comprimé par le coagulum principal. Couche optique saine. Artères cérébrales jusqu'à leurs dernières divisions garnies de dépôts athéromateux. Crâne très épais au front (1).

CCXXVIII° Obs. — Cordonnier, soixante ans, fort, pléthorique; excès alcooliques. Il se fait avec un tranchet une plaie à la main, et perd deux livres de sang. Le soir même, en se couchant, attaque d'apoplexie presque foudroyante, perte de connaissance, contracture, puis perte du mouvement. Face vultueuse, stertor, etc. Mort le lendemain matin.—Vaisseaux de la dure-mère injectés. Infiltration sous-arachnoïdienne. Foyer hémorrhagique considérable occupant le lobe moyen droit et s'étendant jusqu'aux lobes antérieur et postérieur. Couche optique et corps strié en partie détruits. Cerveau consistant, même à une très petite distance du foyer. Hypertrophie du ventricule gauche. Ouverture aortique offrant quelques légères ossifications autour des valvules. Épaississement de la muqueuse gastrique vers la grande courbure. Gros intestin injecté en quelques points (2).

CCXXIX° Obs. — Femme, soixante-un ans, ancienne hémiplégie gauche avec contracture; marche impossible, intelligence obtuse, gêne de la parole. 11 mars, perte de connaissance, bouche déviée à gauche, rougeur de la face. Tête en rotation à gauche, yeux tournés du même côté, sans strabisme. Roideur musculaire générale. Insensibilité à gauche, sensibilité obtuse à droite; mouvements réflexes aux deux jambes. Chaleur cutanée plus élevée à droite qu'à gauche. Température rectale, 38 1/5. Pouls 120, respiration 36, irrégulière. Coma. Mort le troisième jour. — Tumeur du lobe moyen gauche sillonnée de deux veines gorgées de sang, avec quelques granulations d'apparence pseudo-membraneuse dans l'arachnoïde. Artère basilaire tortueuse, avec dilatation de la grosseur d'un haricot, déprimant à droite la protubérance. Artère sylvienne gauche dilatée à son origine. Au niveau de la tumeur, un peu d'hémorrhagie sous-

(1) Todd, *Clinical lectures*, London, 1861, p. 743.
(2) Perral, Thèses de Paris, 1830, n° 286, p. 12, 4° obs.

arachnoïdienne; le sang est en caillot de la grosseur de deux œufs, entouré par la substance extra-ventriculaire. Rien dans le ventricule, ni dans le corps strié, ni dans la couche optique. Au dessus de ces derniers organes, du côté droit, se trouvent deux lacunes jaunâtres, vestiges d'anciens foyers. L'examen du foyer récent fait reconnaître des parois ramollies en une pulpe rougeâtre; la substance environnante est piquetée de points hémorrhagiques et parsemée de quelques granulations graisseuses. Les vaisseaux présentent une multiplication de leurs noyaux. On trouve entre les tubes nerveux un très grand nombre de noyaux du tissu conjonctif interstitiel des centres nerveux. En plaçant dans l'eau l'hémisphère gauche et en inclinant le vase en différents sens, on a, au bout de quelques heures, détaché des fragments considérables de la partie ramollie, et les vaisseaux deviennent apparents; deux d'entre eux sont anévrysmatiques. L'un des anévrysmes, de la grosseur d'un grain de chènevis, est fendu dans le sens de la longueur et oblitéré par un caillot. Les foyers d'infiltration celluleuse de l'hémisphère droit présentent des tractus résistants. Ils sont constitués surtout par des vaisseaux vides. Ces vaisseaux présentent une abondante multiplication de leurs noyaux, un épaississement notable de la gaîne conjonctive, et un plus grand épaississement de la paroi propre, d'où le rétrécissement considérable ou même l'oblitération du tube, et parfois l'inégalité du calibre du vaisseau, rempli d'une matière grenue que le carmin colore fortement. Un certain nombre de capillaires sont incrustés d'athérôme; quelques-uns ont, à leur surface, des grains d'hématoïdine. Entre les capillaires, on trouve une substance amorphe finement granuleuse avec des noyaux (myelocytes et embryo-plastiques), des corps granuleux et des granulations graisseuses, des débris d'hématoïdine non cristallisés et d'ailleurs peu abondants; enfin, vers la surface, des gouttes de myéline et des tubes nerveux (1).

CCXXXe Obs. — Homme, soixante-trois ans, vie régulière, chagrins, idées confuses, incontinence d'urine, dartres aux jambes qui guérissent. 12 prairial, engourdissement des membres, perte de la parole. Le lendemain, tête tournée à gauche, mâchoires serrées, déglutition presque impossible, membres droits insensibles, main gauche dans une mobilité continuelle, intellect nul, coma. Mort le sixième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne; large foyer plein de sang en partie coagulé (4 onces), dans le lobe moyen gauche; parois ramollies dans une assez grande étendue. Un peu de sérosité roussâtre dans les ventricules (2).

(1) Bouchard, Thèses de Paris, 1866, n° 328, 3e obs., p. 64.

(2) Boivin, dans Tacheron, *Rech. anat. path.*, t. III, p. 440, et dans Leroux, t. VIII, p. 268.

CCXXXI[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans, cou court, haute taille, embonpoint, chagrin violent. 8 juillet, perte de connaissance. Chute sur le côté gauche, ce côté reste paralysé. Bouche déviée à droite; œil droit ouvert, fixe et douloureux; respiration laborieuse, sibilante; assoupissement, quelques réponses insignifiantes, main droite portée à la tête, un peu de sensibilité. Mort le cinquième jour. — Dans l'hémisphère droit, près du lobe postérieur, épanchement d'environ 60 grammes de sang, en partie coagulé; parois ramollies et en une sorte de bouillie ([1]).

CCXXXII[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans. Manie, affaiblissement des jambes. Attaque d'apoplexie, paralysie et contracture à gauche, soubresauts et convulsions à droite. Mort le cinquième jour. — Infiltration sanguine récente dans la pie-mère de l'hémisphère gauche, suffusion sanguine plus considérable à droite. Adhérence de la pie-mère avec la couche corticale de ce côté. Vaste dépôt de sang coagulé dans le centre ovale droit ([2]).

CCXXXIII[e] Obs. — Marie Tauzin, âgée de soixante-neuf ans, d'une forte constitution, est transportée à l'hôpital Saint-André le 11 mars 1849. Les personnes qui l'accompagnent racontent que, marchant dans la rue, elle venait de tomber sur le côté gauche, et qu'à ce moment elle avait perdu connaissance. Il existe une résolution complète des membres supérieur et inférieur gauches; ils ont aussi perdu leur sensibilité. L'intelligence est notablement diminuée, les réponses sont lentes et difficiles, la parole embarrassée, la bouche déviée à droite, point de fièvre. (Six sangsues derrière l'oreille droite; calomel, 1,0.) Les jours suivants, l'état s'aggrave d'une manière rapide; les évacuations sont involontaires; cependant, la malade comprend et parle; elle répond assez bien aux questions qu'on lui adresse; elle est ordinairement assoupie; elle s'affaiblit, et meurt le 17.

Nécropsie. — On voit à la surface de l'arachnoïde viscérale quelques plaques blanchâtres peu épaisses. Le tissu sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité. Dans l'hémisphère droit, près de la partie externe et antérieure du corps strié, se trouve une cavité anfractueuse dont les parois sont formées par la matière cérébrale ramollie. Au dessus et en dehors de ce foyer existent plusieurs petits épanchements sanguins disposés par couches et formés chacun par un coagulum distinct. Le reste du cerveau ne présente pas d'altération, ni les autres organes.

([1]) Leroux, *Cours sur les généralités de la médecine.* Paris, 1825, t. VIII, p. 198.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau,* t. II, p. 510.

CCXXXIVe Obs. — Femme, soixante-onze ans. Faiblesse d'un côté du corps, néanmoins marche possible, étourdissements. 28 octobre, perte de connaissance, chute. Le lendemain, intellect un peu rétabli, mais parole nulle; yeux tournés vers l'épaule droite, pouvant néanmoins revenir à gauche; mouvements de la tête faciles, mouvement et sensibilité conservés aux membres droits; membre supérieur gauche paralysé, mais encore sensible. Des mouvements réflexes et spontanés y sont facilement produits. Membre inférieur gauche un peu roide dans l'adduction; les mouvements y sont très bornés, mais le pincement des pieds en provoque d'assez intenses. *Arcus senilis* assez prononcé, impulsion du cœur énergique, pouls 84; température de la main droite au dessus de 30°, celle de la gauche 31° 4/5, celle du rectum 37° 4/5. 30, vomissements bilieux, paralysie faciale très marquée, épigastre douloureux; intellect conservé, pas de parole; pouls lent, irrégulier. 31, râle laryngo-trachéal, peau chaude des deux côtés, pouls 116; ampoule sur la fesse gauche. Mort le 1er novembre. — Poids du cerveau avec ses méninges, 1,270 grammes. Sous les circonvolutions de l'insula droite et en dehors du noyau extra-ventriculaire du corps strié, se trouve une collection sanguine assez considérable, fluctuante, laissant échapper une certaine quantité de sérosité sanguinolente et renfermant un caillot du poids de 10 grammes. Au voisinage du foyer, on rencontre un certain nombre de petits anévrysmes; les uns anciens dont le contenu est transformé en hématoïdine, les autres remplis de sang rutilant. Quelques petits rameaux artériels offrent dans la couche optique, de distance en distance, des renflements ampullaires; les fibres musculaires manquent en ces points. La membrane adventice est épaisse. Autour du foyer, la substance nerveuse laisse un piqueté d'apoplexie capillaire; chaque point rouge paraît avoir un quart ou un tiers de millimètre. L'examen microscopique de ce tissu pointillé montre que cette apparence est due à la distension par du sang de la gaîne lymphatique de très petits vaisseaux. Dans l'hémisphère gauche, à l'endroit correspondant au foyer récent, existe un kyste vide à parois ocrées. Point d'altération des vaisseaux de la base, ni des autres parties de l'appareil circulatoire (1).

CCXXXVe Obs. — Homme, soixante-treize ans, cordonnier. 15 février, étourdissement; la nuit, état comateux, hémiplégie gauche; embarras de la langue, qui est déviée à droite; altération de l'intelligence, délire, œil gauche fermé, langue sèche et noire, prostration, carphologie. Quatrième jour, amélioration, réponses justes, cependant carphologie. Cinquième jour, coma, dyspnée, stertor.

(1) Bouchard, Thèses de Paris, 1866, n° 328, obs. VII.

Sixième jour, mort. — Dans le lobe moyen droit, près du ventricule, une once et demie de sang noir coagulé; pas de membrane autour. Dans le ventricule gauche, un peu de sérosité rougeâtre [1].

CCXXXVI° Obs. — Jeanne Arnoux, âgée de soixante-quatorze ans, était depuis plusieurs années sujette à la dyspnée. Le 28 octobre 1855, elle fut prise, sans avoir perdu connaissance, de paralysie des membres supérieur et inférieur gauches. Il lui fut impossible de dire à quelle heure s'était produite cette hémiplégie. C'est le matin, en voulant se lever, qu'elle s'en aperçut. Transportée à l'hôpital le lendemain, on constate une paralysie du mouvement et du sentiment dans tout le côté gauche avec résolution musculaire, mais l'intelligence est parfaitement conservée; le visage n'est point dévié dans son ensemble, seulement l'angle droit des lèvres semble un peu tiré en haut; la langue se meut également des deux côtés; la narine gauche n'est point aplatie. Il n'y a pas de fièvre. Les battements du cœur sont réguliers, un peu précipités, sans bruit de souffle; le pouls est peu développé, peu résistant. (Douze sangsues derrière l'oreille droite, lavement purgatif, etc.) Le 1er novembre, la mort arrive sans que la malade ait présenté de symptômes nouveaux.

Nécropsie. — La dure-mère est adhérente aux parties latérale et moyenne du frontal; les vaisseaux de cette membrane sont très injectés. On trouve un peu de liquide séreux sous l'arachnoïde. Le feuillet viscéral a une teinte jaune très manifeste, surtout au niveau du lobe moyen droit du cerveau. Du même côté, la substance cérébrale est injectée; en certains points, elle est de couleur jaune-orangé; on dirait une ecchymose en voie de résolution. Plus profondément, cette substance est ramollie; elle est analogue à une pulpe mêlée de sang. Près de la partie externe du corps strié, le sang est plus pur et en plus grande quantité; il remplit exactement un foyer à parois molles. Près de l'étage inférieur du ventricule latéral, un peu en avant, on rencontre une petite cavité contenant de la sérosité. Il y a dans le ventricule un peu de liquide séreux. Le plexus choroïde est très volumineux dans le côté gauche. Le reste du cerveau ne présente aucune lésion appréciable.

Cœur hypertrophié; aorte plus volumineuse qu'à l'ordinaire, avec des points cartilagineux, lesquels se retrouvent sur les valvules sigmoïdes et à l'orifice oriculo-ventriculaire gauche. Parois du ventricule gauche épaissies; celles du cœur droit normales.

Poumons sains.

État normal des organes de l'abdomen.

[1] Tacheron, *Recherches anatomo-pathologiques*, t. III, p. 414.

CCXXXVII

CCXXXVIIe Obs. — Cuisinier, soixante-quinze ans, constitution forte. 13 nivôse, étourdissement; le malade tombe sur le plancher, où il se roule avec violence; puis surviennent des vomissements réitérés. Connaissance revenue une heure après l'invasion de l'attaque; rétablissement; possibilité de travailler, seulement un peu de faiblesse des jambes. Plusieurs mois après, cet individu balbutie des mots mal articulés. Perte subite du sentiment, hémiplégie gauche, intellect presque éteint, parole impossible, yeux entr'ouverts dirigés en haut; pouls grand, lent, irrégulier, puis petit; chaleur, mouvements convulsifs des extrémités inférieures, râle, ventre tendu. Mort le quatrième jour. — Vaisseaux céphaliques pleins de sang. Au côté externe du ventricule droit, caverne contenant 2 onces et demie de sang liquide et coagulé; substance cérébrale environnante désorganisée. Ventricule séparé par une lame mince contenant une petite quantité de liquide rougeâtre, ainsi que le gauche. Sérosité autour du cervelet [1].

CCXXXVIIIe Obs. — Homme, soixante-dix-neuf ans, cou court, embonpoint. Perte subite de connaissance, hémiplégie complète à gauche, un peu de contracture; beaucoup d'agitation du bras droit; respiration fréquente, stertoreuse par instants; bouche déviée à gauche, face pâle, bâillements répétés, intelligence abolie. Mort au bout de quatre jours. — Infiltration sanguine de la pie-mère sur l'hémisphère droit. Lobe moyen droit rempli de caillots diffluents, qui empiètent dans les lobes antérieur et postérieur. Lambeaux de matière cérébrale dans le foyer, dont les parois sont ramollies, ont une couleur jaunâtre, un aspect raréfié, comme lanugineux, et sont parsemées d'un grand nombre de points rouges. Hémisphère gauche sain. Cœur volumineux, hypertrophie du ventricule gauche, commencement d'ossification de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche [2].

CCXXXIXe Obs. — Femme, quatre-vingt-quatorze ans, tombe privée de mouvement. Perte de connaissance incomplète; elle répond, mais avec peine. Paralysie et résolution des membres gauches, bouche tirée à droite et en haut. Mouvements désordonnés, sorte de chorée du bras droit. Mort le troisième jour. — Dans l'hémisphère droit, en dehors du ventricule latéral, déchirure et large caverne, occupée par une énorme quantité de sang coagulé. Parois de cette cavité pointillées de rouge et offrant un commencement de ramollis-

(1) Corvisart, dans Leroux, *Cours sur les généralités, etc.*, t. VIII, p. 212, et dans Tacheron, *Recherches anatomo-pathologiques*, t. III, p. 403.

(2) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1838, p. 279.

ment. Ventricule voisin intact et vide; le ventricule gauche contient de la sérosité; l'hémisphère gauche est injecté ([1]).

Le foyer apoplectique, dans les cas qui précèdent, a été constitué par une dilacération de la substance cérébrale, d'où est résultée une cavité plus ou moins large contenant du sang en partie liquide, en partie et le plus souvent coagulé. Les parois de cette cavité inégale, d'aspect lanugineux, ramollies, tachées de sang, ont été parsemées de caillots ou de points noirs ecchymotiques. On y a constaté la présence de petits anévrysmes d'où le sang avait coulé (CCXXIX, CCXXXVII). Parmi ces dilatations vasculaires, quelques-unes paraissaient anciennes, ne contenant plus que de l'hématoïdine, tandis que d'autres plus récentes étaient encore pleines de sang rutilant. Il est évident que ces faits montrent la partie lésée dans l'état de désorganisation qui a immédiatement résulté de l'effusion sanguine, quelle qu'ait été la source de celle-ci. Il n'y a eu encore aucun changement local, aucune réaction, aucun travail de réparation.

TROISIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagie dans un lobe moyen du cerveau ayant occasionné la mort du onzième au trentième jour.*

CCXL^e OBS. — Femme, vingt ans, chagrins. Contractions irrégulières des membres supérieurs. Altération de l'intellect, yeux dirigés en haut, pupilles dilatées. Bâillements, rêves, délire, coma. Mort vers le quinzième jour. — Rougeur de l'arachnoïde à la convexité du cerveau. Épanchement sanguin dans le lobe moyen gauche du cerveau. Substance cérébrale grisâtre et ramollie autour. Substance corticale injectée ([2]).

CCXLI^e OBS. — Un adulte éprouve le 30 août une attaque d'apoplexie. Saigné largement deux fois, il revient entièrement, marche, parle, écrit. Watson, qui est appelé quatre jours après, ne reconnaît aucune trace de maladie. Néanmoins, il recommande un grand repos pendant au moins quinze jours; mais, dès le lendemain, cet individu parle beaucoup et longtemps avec un ami; il perd bientôt

([1]) (Service de M. Piorry, à la Salpêtrière.) *Lancette française*, 1829, t. I, p. 253.
([2]) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 288.

après le fil de son discours et ne prononce qu'imparfaitement les mots. Les membres droits s'affaiblissent, leur sensibilité diminue, l'hémiplégie se complète. Stupeur, coma, dysphagie. Mort le 15 septembre. — Abcès contenant deux onces de pus dans la partie supérieure de l'hémisphère gauche. Au centre de la cavité, se trouve une petite masse fibrineuse de couleur rouge (c'était évidemment le caillot du sang qui s'était répandu le 30 août). Ramollissement de la substance cérébrale environnante ([1]).

CCXLII[e] Obs. — Homme, cinquante-quatre ans. Septembre, perte subite de connaissance, paralysie des membres gauches. Décubitus dorsal, face pâle, bouche déviée à droite : la langue sort en ligne droite. Diminution de la sensibilité, engourdissements et petits mouvements convulsifs dans les membres paralysés. Céphalalgie, intellect intact; pouls fréquent, peau chaude; soif vive, constipation. Vers le quatorzième jour, affaiblissement, chute de la paupière supérieure gauche, mais vue conservée. La sensibilité et la motilité ont diminué dans les membres droits; un peu de délire. Céphalalgie, vomissements, urines involontaires; pouls fréquent, dépressible; peau chaude. Seizième jour, prostration des forces, assoupissement, réponses lentes, mal articulées, rêvasseries, paralysie complète des membres gauches; membres droits faibles, langue fuligineuse, respiration fréquente, suspirieuse. Coma, eschare au sacrum. Mort le vingtième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, ramollissement dans l'étendue de deux pouces, à la surface de l'hémisphère droit, pénétrant jusqu'à la substance médullaire, qui est diffluente et pointillée de rouge. Au dessous, se trouve une cavité de la grosseur d'un œuf de poule, remplie de sang en partie coagulé; parois ramollies. Pas de lésion du corps strié et de la couche optique voisins. Demi-once de sérosité dans les ventricules, hémisphère gauche sain, mésocéphale normal. Ramollissement à la partie moyenne du lobe gauche du cervelet, avec teinte rouge au centre. Moelle saine. Légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur, atrophie du rein gauche ([2]).

CCXLIII[e] Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, ayant cessé d'être réglée à quarante-sept ans; elle prend de l'embonpoint. A cinquante ans, étourdissements; à cinquante-un, légère attaque, rétablissement rapide. En juin, nouvelle attaque, avec perte complète de connaissance et hémiplégie droite. Impossibilité de tirer la langue. Perte de la parole, ouïe obtuse; la malade ne répond que par signes. Évacua-

([1]) Watson, *Lectures on the principles and practice of the Physic*. London, 1848, t. I, p. 510.
([2]) Duplay, *Archives*, novembre 1836, 2[e] série, t. XII, p. 365.

tions involontaires; pouls dur, non fréquent; coma, dyspnée. Mort le dix-neuvième jour. — Dans le lobe moyen gauche, en dessus et et au dessous de la jonction du corps strié et de la couche optique, sont épanchées six onces de sang liquide et coagulé, enveloppées par une couche fibrineuse non organisée. Pulpe cérébrale un peu ramollie autour; le reste de l'encéphale sain. Points d'hépatisation pulmonaire. Hypertrophie du ventricule gauche. Teinte grisâtre de l'estomac, arborisation intestinale. Foie volumineux, gras ([1]).

CCXLIVe Obs. — Femme, cinquante-sept ans, robuste, attaque apoplectique promptement dissipée. Céphalalgie, vertiges, étourdissements, somnolence, incontinence d'urine. 1er août, perte de connaissance, yeux tournés à droite et en haut, pupilles dilatées; tête et bouche portées à droite, mâchoires serrées; membres gauches sans mouvement, mais sensibles. Paroles inintelligibles, respiration lente, légèrement stertoreuse; pouls irrégulier, peu développé, intermittent; coma, qui diminue les jours suivants. 8, intelligence nette, appétit; l'hémiplégie persiste (strychnine). 23, toux fréquente, râle trachéal. 25, point pleurétique. 29, mort. — Au centre du lobe moyen droit, matière analogue à du sang décomposé, réunie dans un foyer de deux pouces en tous sens. Substance cérébrale environnante liquéfiée, en bouillie et blanche. Corps strié voisin infiltré de sang et de couleur olivâtre. Hépatisation pulmonaire, hypertrophie du cœur, altération des valvules et de l'aorte ([2])

CCXLVe Obs. — Homme, soixante ans, robuste; attaque le 9 février. Le lendemain, hémiplégie gauche. Pas de rigidité; douleur du côté droit de la tête, décubitus à gauche, immobilité; face injectée, yeux rouges, larmoyants, sensibles. Stupeur, parole facile, réponses justes, mais lentes; insensibilité de tout le côté gauche. Bouche déviée à droite, langue non déviée. L'œil, le sourcil, les paupières gauches conservent leur motilité, mais sont insensibles. Bouche pleine de salive écumeuse. Soif; intelligence conservée. Léger réveil de la sensibilité du côté gauche, rigidité marquée du bras du même côté. Rétention d'urine. 21, collapsus; intellect et parole s'exerçant encore. Mort le 5 mars. — Foyer apoplectique dans la substance cérébrale, en dehors du corps strié et de la couche optique droits. Ce foyer considérable contient un sang altéré, décomposé, couleur acajou. Injection et ramollissement de la substance cérébrale environnante ([3]).

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 322.
([2]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 69.
([3]) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 63.

CCXLVI[e] Obs. — Femme, soixante ans, affaiblie depuis trois ou quatre ans, atteinte de rhumatisme, et offrant des symptômes de gastrite. Vomissement des substances les moins excitantes; céphalalgie constante, principalement sur l'orbite droite, que le vomissement diminuait pour quelque temps. Elle éprouvait des défaillances, et un jour elle en éprouva une étant dans l'escalier, et en tombant la tête alla frapper contre une marche. Il n'en résulta, d'abord, aucun changement dans les symptômes. Il n'y eut aucun indice plus précis de lésion cérébrale. Intellect dans son intégrité. Pas de paralysie; seulement, léger trouble de la vue. La malade mourut quatorze jours après la chute. — Estomac contracté, vasculaire; tumeur adhérente au pylore et au duodénum. Méninges et hémisphère cérébral gauche dans l'état naturel, mais le droit contient plusieurs onces de sang coagulé, et offre un ramollissement crémeux de la substance cérébrale autour du foyer hémorrhagique (1).

CCXLVII[e] Obs. — Femme, soixante-un ans, sujette aux érysipèles de la face; elle éprouve une attaque d'apoplexie le 20 décembre. Hémiplégie complète à gauche, convulsions à droite. En janvier, érysipèle au visage, coma. Mort le 12 (23[e] jour). — Méninges saines, cerveau injecté. Sérosité abondante dans le ventricule latéral gauche; sérosité sanguinolente dans le droit. Dans le lobe moyen droit, en dehors de la couche optique et du corps strié, foyer hémorrhagique du volume d'un œuf de poule; caillots peu consistants; parois formées par la substance cérébrale rougeâtre et ramollie. Hypertrophie concentrique du cœur gauche (2).

CCXLVIII[e] Obs. — Homme, soixante-un ans, attaque d'apoplexie, hémiplégie complète droite. Faible retour de l'intelligence et même du mouvement au bout de cinq ou six jours; mais le malade ne peut articuler qu'une dizaine de monosyllabes ou de mots sans suite ni raison. Mort de pneumonie vingt jours après l'attaque d'apoplexie. — Dans le centre ovale gauche, ramollissement du volume d'un petit œuf, blanc et de consistance de bouillie dans les deux tiers périphériques, et rougeâtre au centre. Ce centre est irrégulier, déchiqueté; il contient des petits caillots presque décolorés et une masse plus consistante, allongée, sinueuse. Les artères sont libres de toute thrombose ou embolie. La partie superficielle de la couche optique gauche est ramollie et d'aspect gélatineux. Corps strié sain, ainsi que le lobe antérieur (3).

(1) Fowler, *Lancet*, august 8, 1840. (*American Journal*, 1841, t. II, p. 499.)
(2) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 295.
(3) Farge, *Bulletin de la Société de Médecine d'Angers*. (*Archives*, 6e série, t. VII, p. 101.)

CCXLIX^e Obs. — Homme, soixante-quatre ans, scieur de long, robuste. Depuis plus d'un an, céphalalgie, étourdissement, bourdonnements d'oreilles. 15 novembre, engourdissement subit du côté gauche, marche possible avec le secours d'un bras. Deux jours après, le malade se rend à l'hôpital à pied. 19, bouche déviée à droite, réponses lentes, mais articulation des mots nette. Diminution de l'action musculaire à gauche, surtout au membre inférieur. Diminution de la sensibilité, surtout à l'avant-bras et à la jambe; le malade peut encore faire quelques pas mal assurés; il peut remonter au lit. 20, somnolence, marche plus difficile, parole lente. 25, affaiblissement, sensibilité obtuse. 30, évacuations involontaires, pouls faible et fréquent. 1er décembre, abattement, coma; convulsions, délire, stertor; pupille droite dilatée. Mort. — L'arachnoïde présente quelques points opaques. Pie-mère infiltrée de sérosité. Hémisphère gauche sain; hémisphère droit contenant un caillot, du volume d'un œuf, semblable à de la gelée de groseille, situé en dehors et au dessous de la couche optique, entouré par une substance cérébrale rouge-jaune, consistante à sa partie inférieure. Ventricules contenant une cuillerée de sérosité. Ventricule gauche du cœur hypertrophié. Kystes nombreux sans hydatides, contenant un fluide séreux, dans le foie et dans les reins [1].

CCL^e Obs. — Femme, soixante-sept ans, faible constitution. Avril, depuis deux jours, céphalalgie, douleurs et crampes des membres droits, perte de connaissance subite. Coma, bâillements, face colorée, pupilles contractées, bouche déviée à gauche, roideur convulsive du sterno-mastoïdien droit qui dirige la face à gauche. Paralysie, insensibilité de la peau et roideur du côté droit produisant la flexion spasmodique de l'avant-bras et l'extension du membre inférieur; le bras gauche fléchi résiste à l'extension; le talon du même côté, fortement appliqué contre la fesse, y revenait quand on voulait étendre la jambe sur la cuisse. Pouls normal, chaleur naturelle. Malgré l'état comateux, quand on découvre la malade, elle se recouvre avec le bras gauche. Deuxième jour, vomissements verdâtres, amélioration. Troisième, face rouge, pouls lent, développé. Sixième, résolution du bras paralysé, pupilles non contractées. Septième, rétention d'urine. Huitième, meilleur état de l'intelligence, mais parole nulle; sensibilité revenue aux parties paralysées. Onzième, agitation, pouls dur et fréquent, face rouge. Météorisme du ventre, résolution complète à droite. Douzième, coma, insensibilité, urines involontaires. Treizième, mort. — Pie-mère injectée. Veines de l'hémisphère gauche très engorgées. Circonvolutions aplaties de ce

[1] Chomel, *la Clinique*, mars 1830, t. II, p. 147.

côté. Cerveau consistant, injecté à la partie externe, supérieure et postérieure de la couche optique gauche. Substance médullaire ramollie, désorganisée, couleur chocolat. Autour de cette altération, qui a les dimensions d'une petite noix, la substance médullaire est rouge et molle, et à sa partie inférieure communique avec un vaste foyer rempli de sang noir coagulé, occupant les lobes moyen et antérieur gauches, et limité en dedans par le corps cannelé et la couche optique; les parois de cette grande cavité sont un peu molles. La substance cérébrale y est d'un rouge foncé dû à un mélange de sang et de matière cérébrale. Cœur volumineux. Muqueuse gastrique injectée, intestinale, rouge; vive injection du péritoine dans le petit bassin; membrane interne de la vessie enflammée (1).

CCLIe Obs. — Homme, soixante-douze ans, pléthorique, sédentaire, sujet depuis plusieurs années à des indigestions. Vertiges, céphalalgie et légères atteintes de paralysie des doigts et des bras. 13 avril, attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie droite. Quinze jours après, mort. — Dure-mère très vasculaire, veines de la surface du cerveau très gorgées. Vaisseaux cérébraux injectés. Effusion séreuse sous-arachnoïdienne. Substance cérébrale ferme. Au milieu du lobe moyen gauche, cavité assez large pour contenir un œuf de poule, pleine de sang coagulé. Dans le cervelet, petit caillot de sang. Quatre onces de sérosité dans les ventricules, à la base et à l'entrée du rachis. Cœur très volumineux; une portion de la valvule mitrale gauche et une valvule aortique épaissies (2).

CCLIIe Obs. — Vieillard frappé d'apoplexie en décembre. Perte du sentiment et du mouvement. Mort au bout de trente jours. — Pie-mère extrêmement injectée sur l'hémisphère droit; un peu de sérosité rougeâtre dans les ventricules. Au centre du lobe moyen droit, cavité longue de cinq travers de doigt, large et profonde de deux et demi, pleine de sang noir, en partie liquide, en partie concrété. Parois déchirées et inégales. Substance environnante très molle jusques au corps strié et à la couche optique (3).

CCLIIIe Obs. — Bijoutier, âgé et misérable. 28 février, attaque d'apoplexie. En mars, face naturelle, jugement sain, parole gênée; membres droits sensibles, mais atteints de paralysie du mouvement. Vers le vingtième jour, délire, langue noire, etc. Mort à la fin de mars (un mois). — Épanchement sanguin du volume d'une noix

(1) Vitry, Thèses, 1823, nº 100, p. 32. Observation reproduite par Sablairoles, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. IV, p. 158.

(2) Mills et Namara, *Med.-chir. Review*, novembre 1829, p. 206. (Copeman, p. 47.)

(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. LX, nº 2.

dans l'hémisphère gauche; caillot brunâtre, plus solide au centre qu'à la circonférence, entourée de sérosité et d'une membrane peu résistante, jaune-fauve, demi-transparente. On voyait quelques vaisseaux. Pulpe cérébrale voisine molle et jaunâtre [1].

Dans cette série, le sang est le plus souvent coagulé, mais les caillots sont peu consistants; ils ont l'aspect d'une gelée de groseille (CCXLIX). Quelquefois, ils sont plus ou moins consistants au centre. Le sang a paru aussi décomposé (CCXLIV), de couleur acajou (CCXLV). Dans un cas, une couche de fibrine non organisée le recouvrait au dix-neuvième jour (CCXLIII); mais, dans un autre, on constatait déjà, au trentième jour, la présence d'une production nouvelle, d'une néo-membrane encore demi-transparente (CCLIII). C'était un rudiment du kyste qui devait enfermer le caillot. Cette observation est de Riobé, le sagace investigateur du travail organique, dont nous allons suivre les curieux progrès.

QUATRIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagie d'un lobe moyen du cerveau, la mort étant survenue du trentième jour au septième mois.*

CCLIVe Obs. — Femme, vingt-six ans. Quatre ans auparavant, rhumatisme, puis palpitations de cœur, épistaxis, assoupissement, troubles de la vue. En janvier, perte subite de connaissance qui dure quarante-huit heures. Retour des sens, mais non de la parole. Côté gauche privé de sentiment et de mouvement. Cinq semaines après, rétablissement de la parole et de la motilité des membres gauches; en même temps, œdème des pieds et des jambes, qui se généralise. Nouvelle attaque apoplectique, accompagnée de convulsions pendant une heure et demie. Trois autres attaques en dix jours. Froid, paralysie et diminution de la sensibilité du côté gauche. Légère déviation de la bouche. Pouls 87. Battements du cœur énergiques; voix faible, prononciation peu distincte; respiration irrégulière, spasmodique, 20. Déglutition difficile; miction douloureuse, fréquente; urines albumineuses; pupilles dilatées; convulsions des deux côtés, plus tard bornées au côté gauche. Bouche déviée à

[1] Riobé, *Observat. propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement de sang dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, Thèses, 1814, n° 191, p. 11, obs. 5e.

droite, perte de connaissance; urines et selles liquides rendues involontairement, retour de la conscience, paroles mal articulées, céphalalgie frontale, stupeur; pouls 90, faible. Mort. — Ramollissement du lobe moyen droit, au dessus et en dehors du corps strié. Au centre de ce ramollissement, un corps dur de la grosseur d'une noisette, de couleur rouge-noire, avec zone jaunâtre s'étendant autour dans la substance cérébrale ramollie. Ce corps est friable, jaune-grisâtre au centre. Artères saines; hydropéricarde, reste d'endocardite, granulations fibrineuses sur les valvules mitrale et aortiques. Quelques masses indurées dans les poumons. Reins volumineux, consistants, avec dégénérescence graisseuse; surface tachetée et vascularisation comme stellée ([1]).

CCLVe Obs. — Homme, trente ans. Il y a six mois, attaque d'apoplexie, hémiplégie droite, guérison. Mort de pneumonie. — Entre le corps cannelé gauche et la scissure de Sylvius, cavité d'un pouce et demi de longueur, dont les parois sont presque en contact, assez fermes, de couleur jaune orangée, et contenant une gelée filamenteuse d'un jaune sale ([2]).

CCLVI[e] Obs. — Fille, quarante ans, maîtresse d'école, vie régulière. Dans les derniers temps, inquiétude par suite de misère. En décembre, elle éprouve une attaque subite; la connaissance revient assez vite. Peu de temps après, nouvelle chute qui a lieu sur la voie publique; on ne sait combien de temps dure la perte de connaissance. L'usage des membres se rétablit, mais la mémoire est affaiblie et l'exercice de la parole très géné. Les réponses se font attendre; elles sont vagues et bornées à quelques monosyllabes. Mouvements spasmodiques du bras gauche, pouls 88. Pas de paralysie des membres ni des sphincters. En avril, diarrhée, convulsions des membres pendant quelques minutes, coma, stertor, relâchement absolu des muscles. Pupille droite plus resserrée que la gauche, mais insensibles l'une et l'autre à la lumière; toutefois, l'excitation de la conjonctive produit l'occlusion des paupières. Mort vingt-huit heures après la dernière attaque. — Veines de la dure-mère injectées, circonvolutions cérébrales aplaties. Dans la partie centrale de l'hémisphère gauche, à peu de distance de la surface, se trouve une masse dure du volume d'un œuf, ayant à sa circonférence une apparence fibrineuse, mais molle dans le centre par la présence d'un sang récemment épanché. Cette tumeur paraissait elle-même formée par

([1]) Hughes Bennet, *Clinical lectures*. Edinburgh, 1859, p. 371.

([2]) Fouquier, *Annales du Cercle médical*. (*Littérature médicale étrangère*, février 1813, t. XVI, p. 182.)

un ancien caillot altéré. La matière cérébrale environnant la tumeur était très molle, tandis que le reste de la substance médullaire avait une consistance plus qu'ordinaire. L'analyse chimique de la substance ramollie autour du foyer hémorrhagique y a fait reconnaître une notable augmentation d'eau, des sels alcalins solubles et des sels terreux insolubles, la matière grasse demeurant dans les mêmes proportions. Il y avait une once de sérosité dans les ventricules. Cœur dilaté, épaississement de la valvule mitrale, vaisseaux des reins injectés (1).

CCLVII^e Obs. — Horloger, apoplexie et hémiplégie droite; il paraissait rétabli six semaines après, lorsqu'il apprend une fâcheuse nouvelle. Mort presque immédiate. — Au centre du lobe moyen gauche, foyer formé par les deux lèvres de la division, d'un blanc terne et un peu bleuâtre; mailles celluleuses passant d'une paroi à l'autre, et contenant un liquide jaunâtre. Substance cérébrale environnante injectée (2).

CCLVIII^e Obs. — Femme, cinquante ans. Paralysie du bras droit, sans autres symptômes. Quelques mois après, usage de l'extrait de noix vomique; tout à coup, mouvements convulsifs du bras paralysé, qui est insensible; pouls dur, plein, fréquent; pupilles contractées, stertor. Mort le lendemain. — A la partie supérieure du lobe moyen gauche, kyste de consistance molle et de couleur rouge rempli de sang noir liquide. Autour de ce kyste apoplectique, la substance cérébrale est ramollie. Sur le côté, vers l'extrémité externe de la scissure de Sylvius, caillot de sang considérable (3).

CCLIX^e Obs. — Serrurier, cinquante-trois ans, trouvé le 5 avril sans mouvement dans son lit; on le croit ivre; il reste ainsi deux jours; le troisième, il est porté à l'Hôtel-Dieu. Paupières abaissées, lèvres tirées à gauche et en bas, langue projetée à droite, évacuations involontaires; respiration fréquente, bruyante; pouls 90, 95, fort; mouvement nul à droite, persistant à gauche. Sensibilité conservée, mais diminuée dans le côté paralysé. Pas de réponses, coma (deux saignées), amélioration; connaissance, parole revenues. 3 mai, perte de connaissance, pouls fréquent, respiration bruyante, sueur. Mort le 7. — Sinus gorgés de sang; dans l'hémisphère gauche, en dehors du corps strié, caillot du volume d'une noix, de couleur ocre foncé, entouré de sérosité. Déjà on peut distinguer, sur les parois qui sont unies et comme tomenteuses, une membrane mince et

(1) Todd, *Archives of Medicine*, 1859, t. I, p. 46.
(2) Serres, *Journal universel*, 1818, t. XI, p. 120.
(3) Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite*, p. 76.

transparente. En dehors, dans l'épaisseur de 1 à 2 centimètres, la substance cérébrale est ramollie, d'une teinte un peu jaunâtre, et présente un piqueté rouge très fin (1).

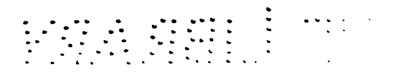
CCLXe Obs. — Homme, cinquante-six ans. Perte subite de la parole en juin 1826, et hémiplégie droite. Coma pendant quelques jours; puis amélioration dans le mouvement de la jambe, mais parole et mémoire des mots très imparfaites. Mort d'une affection thoracique en novembre. — Dans l'hémisphère gauche, en dehors du ventricule, kyste d'un pouce et demi de long sur un de largeur, vide, formé par une membrane jaunâtre, épaisse, dense (2).

CCLXIe Obs. — Homme, cinquante-six ans, depuis plusieurs mois céphalalgie. 24 janvier, attaque d'apoplexie, hémiplégie droite; gêne des mouvements de la mâchoire et de la parole; pouls plein, 58; appétit. 4 février, attaque épileptiforme, convulsions principalement du côté droit. 22 février, deuxième attaque d'épilepsie; perte de la parole, de temps à autre convulsions partielles. 6 avril, mort. — Injection des méninges. Dans l'hémisphère gauche, à la partie antérieure du lobe moyen, à un centimètre de profondeur, tumeur du volume d'un œuf de poule; la substance environnante est ramollie; elle offre des bandes de couleur jaunâtre plus ou moins foncée, et en avant une cavité remplie d'un liquide jaunâtre et visqueux, et plus en dedans un petit kyste qu'on peut extraire et qui contient du sang (3).

CCLXIIe Obs. — Homme, soixante-deux ans. Depuis quatre ans céphalalgie gravative, vertiges, hémorrhoïdes. Premiers jours de mars, cataphora, sens obtus, perte de la mémoire, embarras de la parole, coucher en supination; paralysie du bras gauche avec rigidité des muscles fléchisseurs, et douleurs quand on remue le membre; langue sèche et brune; la bouche et tout le corps exhalent une odeur fétide; pouls petit et fréquent; puis paralysie du membre inférieur gauche, coma, délire sourd, stertor. Mort à la fin d'avril. — Deux cuillerées de sang caillé au centre de l'hémisphère droit; parois du foyer enduites d'une matière puriforme, rouges et enflammées jusqu'à la profondeur de 2 ou 3 pouces en tous sens (4).

CCLXIIIe Obs. — Josépha Girard, née en Espagne, âgée de soixante-dix ans, portanière dans les marchés de Bordeaux, sobre,

(1) Didion, Thèses de la Faculté de Paris, 1852, no 50, p. 13.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 385.
(3) Baudot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 98.
(4) Dan de la Vauterie, Thèses de Paris, 1807, n° 68, p. 16.



de forte constitution, stature élevée, tempérament sanguin, peau basanée, a éprouvé en décembre 1845 une perte subite de connaissance avec chute sur le côté droit, suivie de faiblesse de ce côté du corps. Une seconde attaque eut lieu peu de temps après, et eut les mêmes conséquences. Les membres droits étaient dans l'inaction, et le bras était à demi-fléchi et dans un état habituel de contracture. Le 22 mai 1846, une troisième attaque étant survenue, la malade fut transportée le lendemain à l'hôpital Saint-André (service de la Clinique interne), et offrit les phénomènes suivants :

Peu de chaleur à la peau, pouls faible, petit, presque imperceptible et fréquent. La malade n'entend point; elle est plongée dans un coma profond. On essaie vainement, en parlant à haute voix, de la faire entendre; elle ne fait aucun mouvement, ne donne aucun signe de conscience des impressions. Les yeux sont fermés. Si on soulève les paupières, elles s'abaissent d'elles-mêmes; les pupilles sont contractées et immobiles. Point de strabisme. Les traits de la face sont fortement tirés à gauche. A droite, il y a insensibilité absolue, tandis qu'à gauche il semble rester un peu de sensibilité. En pinçant fortement la joue gauche, on voit les traits se crisper légèrement. En ouvrant la bouche, on remarque que la langue se porte à droite. En pinçant le côté droit de cet organe, on ne détermine aucune sensation; à gauche, on y trouve un peu de sensibilité; mais même en saisissant le bord gauche avec une pince et serrant, on ne fait éprouver à cet organe qu'un bien léger mouvement de rétraction. Le membre supérieur droit est paralysé du mouvement et du sentiment; relevé, il retombe de son propre poids et tout d'une pièce; pincé fortement, il ne paraît être le siége d'aucune sensibilité, et ne détermine aucune action réflexe; mais ce bras ainsi paralysé offre de la contracture, de la roideur. L'avant-bras est fléchi légèrement sur le bras, et pour obtenir une extension complète, il faut employer une certaine force. Les mêmes phénomènes se passent au membre inférieur droit. Du côté gauche, la sensibilité est un peu émoussée aussi bien au membre supérieur qu'à l'inférieur, et il y a un peu de roideur dans les mouvements. (Lavement avec infusion de séné et sulfate de soude, vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds.)

24, râle trachéal, pouls cependant moins faible qu'hier. Mort le soir même (5e mois).

Nécropsie. — Rigidité cadavérique. Teinte violacée de la face, écume à la bouche. Injection très forte des vaisseaux de la dure-mère, plénitude du sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde un peu épaissie, légèrement opaque et contenant de la sérosité entre ses deux feuillets. Injection des vaisseaux de la pie-mère et de ceux de la substance médullaire des hémisphères cérébraux, notamment du

gauche. Dans celui-ci, la substance médullaire est ramollie jusqu'au voisinage du ventricule latéral, dans une étendue de 5 centimètres d'avant en arrière, sur 2 de largeur. On trouve en cet endroit un ancien foyer apoplectique. Sa cavité contient un fluide roussâtre; ses parois, assez rapprochées, sont formées par un tissu mou, comme tomenteux, déchiré, et aux environs se trouvent des traînées de sang récemment épanché. Les ventricules contiennent 15 à 20 grammes de sérosité. Septum lucidum un peu ramolli. Cervelet sain. Cœur, rien de particulier. Poumons faiblement engoués à la base. Organes digestifs sains.

CCLXIVᵉ Obs. — Perruquier, soixante-onze ans. En mai, perte subite de connaissance pendant quelques heures. Hémiplégie gauche. Céphalalgie sincipitale, surtout à droite; ouïe, vue faibles à gauche. Bouche déviée à droite. Langue déviée à gauche. Immobilité complète et sensibilité obtuse aux membres gauches. Intégrité de l'intelligence. (Deux anthrax au thorax, à gauche, et quelques furoncles.) Membres paralysés, amaigris, ensuite contracturés, et douleur quand on veut les étendre; évacuations involontaires. Affaiblissement extrême, parole nulle, eschares; la contracture cesse au bras gauche, mais persiste au membre inférieur. Mort le septième mois. — Dans le lobe moyen droit, cavité contenant comme de la rouille de fer, tapissée par une membrane celluleuse, dense, très résistante, vasculaire, adhérente à la substance cérébrale, qui est ramollie et jaunâtre dans une épaisseur de quatre à cinq lignes [1].

Les observations de cette série se partagent en celles dans lesquelles le foyer hémorrhagique n'a présenté aucun travail de réparation, et celles où la production d'une néomembrane s'est opérée. Les premières montrent le sang coagulé, encore enveloppé de substance cérébrale ramollie, ayant l'aspect de la gelée de groseille ou ayant pris une certaine consistance et même de la dureté. Parfois il y avait du sang récemment épanché; évidemment la réitération de l'hémorrhagie, manifestée par des attaques successives, avait mis obstacle à tout changement organique tendant à la cicatrisation.

Dans un cas, les parois du foyer étaient rouges, enflammées et tapissées de matière puriforme (CCLXII). C'est le

[1] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 325.

second exemple de suppuration survenue dans un foyer hémorrhagique (CCXLI).

Dans cinq observations, on a vu à plusieurs degrés de développement le produit organique destiné à circonscrire et faire disparaître le sang épanché. D'abord, c'est une membrane mince, presque transparente, ainsi que l'avait montrée le dernier des faits rapportés dans la série précédente (CCLIII). Cette membrane est ainsi constatée deux mois après l'attaque apoplectique (CCLIX); puis elle forme un kyste complet, d'abord mou, rouge et contenant du sang liquide (CCLVIII), bientôt assez consistant pour pouvoir être extrait (CCLXI); enfin, épais, dense, vasculaire, ne contenant plus qu'une matière liquide, de couleur de rouille, ou même étant à peu près vide (CCLX, CCLXIV).

On voit de la sorte disparaître l'épanchement sanguin qui avait dilacéré la substance cérébrale; mais celle-ci reste encore très ramollie autour du foyer; elle est d'une teinte brune ou jaunâtre ou offre un piqueté rouge plus ou moins marqué.

Cinquième série. — *Hémorrhagie de l'un des lobes moyens du cerveau, la mort étant survenue du huitième au douzième mois.*

CCLXV^e Obs. — Porteur d'eau, attaque d'apoplexie et hémiplégie droite; guérison. Dix mois après, ivresse alcoolique, et mort le troisième jour. — Dans le centre du lobe moyen gauche, teinte jaunâtre. Vaisseaux sanguins injectés; grande cicatrice formant comme une ligne tremblée. Les lèvres de la solution de continuité sont réunies. Couleur bleue-noirâtre et grande fermeté de la substance cérébrale ([1]).

CCLXVI^e Obs. — Homme, hémiplégie droite depuis onze mois. Intelligence intacte, parole nulle, réduite à *oui* et *non*. — Au centre médullaire du lobe moyen gauche, cavité anfractueuse à parois denses, jaunâtres, tapissées d'une membrane fibro-celluleuse et vasculaire contenant de la sérosité ([2]).

([1]) Serres, *Journal universel*, 1818, t. XI, p. 182.
([2]) Cruveilhier, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1825, t. IX, p. 205.

CCLXVII^e OBS. — Homme, trente-huit ans, bronchite, dyspnée, œdème des membres inférieurs. Paralysie de la langue, hémiplégie gauche, incomplète. Mort subite au bout d'un an. — Arachnoïde et pie-mère injectées, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Dans l'hémisphère gauche, dépôt d'une matière épaisse, jaunâtre, semblable à de la fibrine. De ce point jusqu'au corps strié, la substance cérébrale est dense, et offre les vestiges d'un kyste apoplectique entouré de parois indurées. La cavité du kyste égale à peine la moitié d'une petite fève; elle contient une matière mollasse. L'hémisphère droit, attentivement examiné, ne présente aucune altération. Poumons emphysémateux. Cœur volumineux (1).

CCLXVIII^e OBS. — Femme, cinquante ans, ayant eu quinze ou vingt ans auparavant la colique de plomb et une paralysie des membres inférieurs. Elle éprouve en mars une attaque d'apoplexie; hémiplégie gauche, sans perte de la sensibilité. Bouche déviée; la langue sort droite. Céphalalgie, parole gênée; le bras paralysé est froid. Quinze à vingt jours après, amélioration, marche possible avec l'appui d'un bâton. Mort en décembre. — Au côté externe du corps strié et de la couche optique droits, foyer apoplectique d'une couleur jaune rouille de fer, tapissé par une membrane très dense (2).

CCLXIX^e OBS. — Femme, soixante-neuf ans, apoplexie; hémiplégie droite, parole un peu embarrassée, intellect conservé; faiblesse. Mort au bout de dix mois. Arachnoïde opaque, épaissie en quelques points, contenant de la sérosité. Ancien foyer apoplectique dans le centre ovale gauche; les bords sont réunis par une cicatrice aréolaire, membraneuse, marbrée en rose. Deux érosions à la base de l'hémisphère droit, correspondant l'une au rocher, l'autre à l'extrémité externe de la scissure de Sylvius (3).

CCLXX^e OBS. — Anne Faugère, âgée de soixante-dix ans, domestique, d'une assez forte constitution, avait eu au commencement de l'année 1854 une attaque d'apoplexie, suivie de paralysie du côté gauche. Cette paralysie persista six mois environ. Au bout de ce temps, la motilité et la sensibilité étaient parfaitement revenues.

Le 10 avril 1855, Faugère entre à l'hôpital Saint-André et présente l'état suivant : froid général; pouls petit, 100; langue blanche, inappétence, soif, point de vomissements; douleur dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche; météorisme, ténesme, dix selles sanguinolentes par jour, quelques crampes dans les membres infé-

(1) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 306, case CCLV.
(2) Serres, *Revue médicale*, 1824, t. 1, p. 429.
(3) Serres, *ibidem*, 1824, t. 1, p. 424.

rieurs. (Potion avec laudanum de Sydenham, 15 gouttes; tisane de riz, fomentations émollientes sur l'abdomen.) 11, teinte cyanique du visage et des mains, refroidissement général, pouls filiforme, dyspnée, persistance des selles liquides devenues tout à fait sanglantes, un peu de délire. (Vésicatoires aux jambes, sinapismes.) 12, mort.

Nécropsie. — En incisant les méninges, il s'écoule une certaine quantité de sérosité. Le cerveau ne paraît point ramolli; en le divisant par couches successives, on arrive, à droite, dans le lobe moyen, sur une cavité aplatie placée près du côté externe du corps strié; elle contient un fluide séreux assez clair enveloppé par une membrane mince et résistante. La substance cérébrale voisine paraît saine; elle est ferme.

Les intestins sont d'un noir bleuâtre-livide, depuis le duodénum jusqu'au colon; les intestins grêles présentent un épaississement et une friabilité très grande; on aperçoit des plaques ecchymotiques d'une très grande étendue, qui ne disparaissent pas par le lavage à grande eau; le colon offre aussi quelques plaques noirâtres.

Poumons parfaitement sains. Cœur non hypertrophié; mais les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent à leur base des indurations cartilagineuses, et même en un point une concrétion osseuse; il y a aussi un état cartilagineux de la valvule mitrale.

Cette série se compose de faits dans lesquels la maladie s'était améliorée, la santé s'était fortifiée, quelquefois même la guérison avait paru complète. Il s'était opéré dans le cerveau une transformation remarquable. L'épanchement sanguin avait totalement disparu. Le kyste s'était resserré; il ne contenait qu'un fluide séreux; son tissu était plus ou moins épais, dense et vasculaire, ou même il avait commencé à décroître; il était mince, fibro-celluleux, jaunâtre ou couleur de rouille. Un changement important était survenu dans la substance cérébrale autour de l'ancien foyer. Elle était devenue ferme, résistante, et même parfois légèrement indurée. Elle offrait les apparences d'une cicatrice.

Sixième série. — *Hémorrhagie d'un lobe moyen; mort survenue après une ou plusieurs années.*

CCLXXI[e] Obs. — Fille, vingt ans. Fièvre rhumatique et endocardite. Hémiplégie subite du côté droit, perte de conscience, relâche-

ment des muscles. Rétablissement d'une partie du mouvement de la jambe et du membre supérieur, mais la jambe reste roide. Les muscles sont amaigris; les doigts se fléchissent sur la paume de la main, et l'avant-bras sur le bras. Après un long temps, des convulsions du côté droit se succèdent avec rapidité et laissent la malade comme épuisée. Mort après plusieurs attaques. — Petit Kyste contenant un fluide séreux, situé dans l'hémisphère gauche, en dehors de la couche optique. Son intérieur est doublé par une matière jaune. La substance cérébrale environnante est très indurée ([1]).

CCLXXII[e] Obs. — Ecclésiastique, vingt-neuf ans. Depuis plusieurs semaines, céphalalgie fréquente, surtout le matin. 30 novembre 1819, perte subite de connaissance et bouche déviée. Retour des sens, de l'intelligence. Marche possible; paroles inarticulées, incohérentes; bouche déviée à gauche. Pouls naturel, face pâle. 3 décembre, parole rétablie, mais lente et pénible; du reste, état satisfaisant jusqu'au 15 novembre 1820. Ce jour, perte de la parole, paralysie du bras droit. Cessation assez rapide de ces symptômes. Le 16 décembre, le sujet semble ivre; il tombe dans le coma, dont il sort le 18, et le 21 il peut marcher avec assurance, mais la parole reste embarrassée et la tête douloureuse. Il peut remplir les devoirs de son ministère, mais non prêcher. Mort de pneumonie en juin 1822. — Dans le centre de l'hémisphère gauche du cerveau, kyste d'un pouce et demi de long sur un de large, vide, tapissé par une membrane jaunâtre, épaisse, dense, peu adhérente à la substance cérébrale; kyste semblable, mais plus petit, dans l'hémisphère droit ([2]).

CCLXXIII[e] Obs. — Cuisinier, trente-cinq ans, de petite taille, de forte constitution. En décembre 1833, vive émotion morale. Perte de connaissance, chute; mouvements convulsifs. Au bout d'une heure, cessation de cet accès; mais le mouvement et le sentiment des membres droits sont perdus. (Saignée, révulsifs, etc.) L'hémiplégie a diminué. Dix jours après, nouvelle perte de connaissance avec nouvelle convulsion. Cet accident se répète encore trois fois. En février, face vultueuse, pupilles très dilatées, parole pénible et difficile, perte de la mémoire des mots, langue non déviée; mouvements assez étendus des membres droits, mais insensibilité de ces deux membres; pouls plein, 65. (Saignées, sang fibrineux.) Amélioration; pouls fort, fréquent. (Quinze sangsues derrière l'oreille, pédiluves sinapisés.) Parole plus libre. Vertige épileptique pendant

([1]) Todd, *Clinical Lectures*, p. 758. — La durée de la maladie n'est pas exactement précisée, mais l'état du foyer fait supposer qu'il était ancien.

([2]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 381.

dix minutes. Sensibilité revenue, amélioration graduelle; cependant, les attaques épileptiques se renouvellent tous les huit, douze ou quinze jours. La paralysie des membres droits a entièrement disparu. Pneumonie, qui guérit. Le malade sort de l'hôpital; il y rentre en juin 1835, et meurt, bientôt après, phthisique. — Légère infiltration arachnoïdienne; pie-mère adhérente à la partie supérieure du lobe moyen gauche du cerveau, qui a pris en ce point une teinte jaunâtre. A un pouce de profondeur, on trouve une cavité oblongue de deux pouces d'avant en arrière, remplie par un liquide séreux trouble, dans lequel nagent quelques fragments fibrineux. Les parois sont lisses dans une grande partie de leur étendue; en d'autres points, elles sont rugueuses, fermes, et la substance cérébrale y est indurée. Poumons creusés de cavernes et parsemés de points d'hépatisation (1).

CCLXXIVe Obs. — Un comédien célèbre avait eu deux ans avant sa mort une attaque d'apoplexie qui lui avait fait perdre l'usage du côté gauche; néanmoins, au bout de quelques mois, il se trouvait assez bien guéri pour reparaître au théâtre, et commander, dit l'observateur, autant d'admiration qu'avant son accident. Une seconde attaque fut fatale. — On reconnut à l'examen de la tête le siége de la première lésion : c'était un kyste apoplectique situé dans l'hémisphère droit, mesurant deux pouces dans une direction et un pouce dans l'autre. Le caillot récent était comparativement petit (2).

CCLXXVe Obs. — Adulte. Attaques d'épilepsie, avec perte de la mémoire des mots et des choses. Deux ans après, nouvelle attaque suivie d'hémiplégie droite. Plus tard, convulsions violentes, coma, affaiblissement, mort. — Sérosité épanchée sous la dure-mère et infiltrée sous l'arachnoïde. Dans le lobe moyen gauche, cavité contenant deux gros de sérosité jaunâtre, tapissée par une membrane consistante, lisse en dedans, et très adhérente par sa face externe. Substance cérébrale environnante jaunâtre et ramollie. Au devant de ce kyste, il en existait un autre analogue, mais plus petit; en dedans un troisième, et en bas un quatrième. De plus, çà et là des caillots de sang en contact avec la substance cérébrale et provenant probablement des dernières attaques (3).

CCLXXVIe Obs. — Femme, quarante-sept ans, mère de famille, a éprouvé une attaque d'apoplexie en décembre 1680. Aphonie,

(1) Duplay, *Journal hebdomadaire*, 1836, t. III, p. 161, — et Péteaux, Thèses de Paris, 1835, no 320, p. 28.

(2) Howship, *Practical Observations in surgery and morbid anatomy*. London, 1816, p. 65.

(3) Guersent, dans Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, 1816, t. I, p. 206.

hémiplégie droite; guérison. Elle a encore un enfant. En 1685, pendant les vendanges, nouvelle attaque promptement suivie de mort. A l'ouverture du crâne, beaucoup de gouttelettes de sang couvrent la dure-mère. A la partie postérieure de l'hémisphère droit, au dessus du ventricule, on trouve une petite caverne oblongue pouvant contenir une noix muscade, dans laquelle stagnait un peu d'humeur; les environs de la substance cérébrale étaient d'un jaune fauve, fermes et difficiles à couper. Une autre petite caverne sur le côté du même hémisphère contenait un peu d'humeur séreuse. Une troisième cavité semblable fut trouvée sous le corps strié; ses parois tendaient à se rapprocher et à s'agglutiner; elles étaient encore jaunes et denses. Les ventricules étaient pleins de sérosité. Une fissure entre le corps strié et la couche optique droits conduisait dans la substance de l'hémisphère, où se trouvait une cavité contenant des caillots de sang de la grosseur d'un œuf. Le corps strié était affaissé. Les artères du voisinage, qui avaient été remplies avec de la cire, étaient comme anévrysmatiques. La partie postérieure de la cavité du ventricule droit présentait de petites saillies papuleuses ou granuleuses, comme la peau resserrée par le froid, tandis que le reste du ventricule offrait une surface polie. Le plexus choroïde droit était adhérent à la paroi de la première caverne; soumis au microscope, on y trouva beaucoup de glandules. Il y avait du sang dans le quatrième ventricule; l'infundibulum en contenait; il était perméable jusqu'à la glande pituitaire [1].

CCLXXVII^e Obs. — Marie Chenard, âgée de quarante-sept ans, de Bordeaux, aubergiste, n'a jamais fait d'excès. Elle est d'une assez bonne constitution, d'un tempérament sanguin. Elle eut le 14 décembre 1844 une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie du côté gauche. Des émissions sanguines générales et locales, des révulsifs sur la peau et sur les intestins produisirent une amélioration notable. Le 26 février 1845, il ne restait plus qu'une certaine faiblesse du bras gauche. La marche s'exécutait sans difficulté. Marie Chenard revient à l'hôpital Saint-André le 9 mars 1846 pour une gastro-entérite accompagnée des symptômes suivants : Pouls 120, très petit; langue rouge, sèche; soif, vomissements. Abdomen très tendu, ballonné, très douloureux dans toute son étendue; diarrhée. (Six ventouses sur l'abdomen, tisane de riz, quarts de lavements légèrement laudanisés, sinapismes aux pieds.) Les jours suivants, l'état s'aggrave; diarrhée incessante; ventre plus sensible et plus ballonné, fièvre plus intense, prostration des forces. Mort le 15 mars. — *Nécropsie.*

[1] J. Conrad Brunner, *Miscellan. nat. curios.*, dec. III, an. I, obs. 154. (Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 139).

— Injection des vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau. Substance cérébrale injectée, mais assez consistante. Dans l'hémisphère droit, en dehors du corps strié, lequel est resté complètement intact, existe un ancien foyer apoplectique renfermant un fluide d'une couleur de rouille et un coagulum encore noirâtre. La cavité semble rétrécie, et ne paraît pas pleine; elle pourrait contenir une noisette; ses parois sont tapissées par une membrane très fine, d'apparence cellulaire, facilement soulevée avec la pointe du scalpel, et pouvant être détachée malgré sa mollesse; mais elle se déchire aisément. Sa couleur est d'un blanc-grisâtre, avec quelques petits points rougeâtres. Autour de cette cavité, la substance cérébrale est un peu jaune, mais assez ferme. Le ventricule voisin et les divers organes qui s'y trouvent sont exempts d'altération; point de liquide dans les ventricules. Intégrité parfaite de l'hémisphère gauche et du reste de l'encéphale. Rougeur très évidente de la muqueuse gastro-intestinale. Ulcérations dans l'iléon et le colon. Nul engorgement des ganglions mésentériques. État normal des poumons et du cœur.

CCLXXVIII° Obs. — Femme, cinquante ans; hémiplégie droite en avril 1817, embarras de la parole; rétraction des doigts, ensuite rétablissement incomplet du mouvement de la jambe et de la prononciation. Mort dans un accès de dyspnée, en août 1819.— Plusieurs onces de liquide dans les ventricules, surtout dans le gauche. Au côté externe de ce dernier, kyste vide, long et large de trois pouces, revêtu d'une membrane jaunâtre; les parois, rapprochées, étaient en plusieurs points réunies par des lames membraneuses. Cerveau sain. Épanchement pleurétique (1).

CCLXXIX° Obs. — Homme, cinquante ans; apoplexie, hémiplégie gauche. Séjour de dix-huit mois à l'Hôtel-Dieu; attaques d'apoplexie réitérées, incomplètes. — Une once de sang coagulé dans la partie moyenne de l'hémisphère droit; substance médullaire voisine noirâtre, d'une densité remarquable; vaisseaux injectés. Dans le ventricule gauche, un petit kyste séreux (2).

CCLXXX° Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, ayant eu une attaque d'apoplexie cinq ans avant. Il était resté hémiplégique pendant neuf mois, et avait ensuite paru guéri. — Au côté externe du corps strié et de la couche optique gauches, cavité remplie de sérosité jaunâtre et transparente, tapissée par une membrane de couleur jaune-fauve, munie de vaisseaux pleins de sang; sa surface offre

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 386.
(2) Dan de la Vauterie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1807, n° 68, p. 14.

l'aspect d'une membrane muqueuse; elle adhère d'une manière assez étroite au cerveau, néanmoins elle peut être isolée facilement; elle est demi-transparente et molle ([1]).

CCLXXXIe OBS. — Homme, soixante-un ans, dyspnée et palpitations, chagrins. Février 1820, céphalalgie, étourdissement, perte de connaissance pendant un quart-d'heure; le bras gauche reste faible. Cette paralysie incomplète se dissipe au bout de quinze jours. Janvier 1822, syncope, dyspnée, toux. Anasarque, face violacée, palpitations; pouls fréquent, petit, irrégulier. Mort douze jours après. — Infiltration sous-arachnoïdienne. Dans le lobe moyen droit, au centre, un peu au dessus et en dehors du ventricule latéral, cavité à parois presque contiguës contenant quelques gouttes de sérosité. Autour, la substance cérébrale est de consistance normale, jaunâtre. Les parois sont tapissées par une membrane lisse, consistante, épaisse d'un quart de ligne environ, semblable à une séreuse. Hypertrophie du cœur. Points cartilagineux des valvules aortiques. Apoplexie pulmonaire ([2]).

CCLXXXII[e] OBS. — Femme, soixante-cinq ans, robuste, agile. État de malaise. 23 octobre, attaque subite. Pupilles dilatées, immobiles; paralysie des membres droits qui porte spécialement sur les fléchisseurs, en sorte que l'extension domine. Langue paralysée; aucun son ne peut être articulé; mais l'intellect est intact; les réponses sont faites par signes et gestes expressifs. Au bout d'un mois, retour de la parole et du mouvement; mais cette femme bredouille quand elle veut parler vite. Six mois après, pneumonie, guérison, rechute, rétablissement lent. Plusieurs autres mois après, lésion grave et chronique des poumons. — Crâne épais, injecté; sérosité sous-arachnoïdienne. A la partie supérieure et latérale de l'hémisphère gauche, une petite cavité occupe surtout la partie médullaire d'une circonvolution, elle est tapissée par une membrane de couleur citrine, assez bien organisée, et est entourée d'un tissu dur, mais friable ([3]).

CCLXXXIII[e] OBS. — Homme, soixante-six ans. Il y a deux ans, maladie grave, après laquelle la marche est difficile, la parole embarrassée, l'intellect obtus, l'ouïe dure, la vue faible; érysipèle phlegmoneux de la face, et mort. — Beaucoup de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules. Dans l'hémisphère

([1]) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 5.

([2]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 328.

([3]) Scipion Pinel, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1825, t. V, p. 346.

droit, à l'union des lobes moyen et postérieur, cavité enkystée voisine mais distincte du ventricule, contenant de la sérosité, tapissée par une membrane épaisse, parsemée de minces incrustations cartilagineuses, entourée, d'une part, de substance cérébrale indurée ou ramollie, couleur jaune rouille, et, d'autre part, d'un tissu celluleux, lâche et infiltré. Artères cérébrales encroûtées de plaques cartilagineuses (¹).

CCLXXXIVᵉ Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans. Il y a trois ans, attaque d'apoplexie, avec hémiplégie droite qui guérit; mais, parfois, douleurs vagues, puis engourdissement et fourmillements; mouvement diminué du même côté. Intelligence, sensibilité intactes. Douleur fixe à la partie antérieure et supérieure de la tête. Accès d'asthme. Dixième jour, hémiplégie complète. Quinzième, mort. — Dans l'hémisphère gauche, en dehors du corps strié et de la couche optique, kyste hémorrhagique, autour duquel la substance cérébrale est ramollie (²).

Les faits qui précèdent sont des exemples de guérison ou du moins de persistance de la vie plus d'un an après l'attaque apoplectique.

La guérison a paru quelquefois complète. On a vu un ecclésiastique reprendre ses occupations habituelles et les remplir toutes, excepté la prédication (cclxxii), un comédien remonter sur la scène avec un plein succès (cclxxiv), une femme avoir un enfant (cclxxvi), etc.

Quelquefois, il n'est resté que quelques légers symptômes, de l'engourdissement, des fourmillements, des douleurs vagues. D'autres fois, c'étaient des symptômes plus marqués, de la paralysie, de la gêne dans la parole, etc.; mais le plus souvent l'intellect et la sensibilité avaient repris presque toute leur activité antérieure.

La mort a été occasionnée au bout d'un, deux, trois, quatre, cinq ans, soit par une nouvelle attaque d'apoplexie, soit par une maladie autre, comme une pneumonie, un érysipèle phlegmoneux, la phthisie, une affection du cœur, etc.

(¹) Parchappe, *Traité de la Folie*, observation 320, p. 561.
(²) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 63.

Le foyer hémorrhagique consistait alors en une cavité quelquefois très rétrécie, vide ou occupée par de la sérosité trouble ou claire, incolore ou jaunâtre, ou couleur de rouille, tapissée par une membrane mince ou épaisse, jaunâtre, vasculaire, molle comme une muqueuse, ou dense, résistante, et même dans un cas renforcée par de minces incrustations cartilagineuses (CCLXXXIII). Lisse à sa surface interne, cette membrane était plus ou moins adhérente à la substance cérébrale. Celle-ci a presque toujours paru d'une consistance égale ou supérieure à celle du tissu encéphalique normal. Mais il y a des exceptions à cette règle; il a pu se faire vers la fin de la vie de nouvelles hémorrhagies autour de l'ancien foyer (CCLXXV, CCLXXXIV).

On a facilement suivi les progrès du travail de réparation, sous l'heureuse influence duquel la guérison de l'apoplexie s'opère; mais qu'on ne perde pas de vue que si le sang avait disparu, des traces manifestes et même considérables persistaient. Cette cavité, ce kyste, cette sérosité, cette induration de la substance cérébrale sont autant de lésions graves qui sembleraient devoir enrayer les fonctions du lobe affecté. Mais que de fois ne voit-on pas le cerveau, malgré les altérations dont il est le siége, continuer à agir, à peu près comme si sa texture était parfaitement intacte?

§ II. — Hémorrhagies ayant affecté les deux lobes moyens du cerveau.

Ces hémorrhagies se sont produites tantôt successivement, tantôt simultanément. De là, deux séries :

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorrhagies ayant affecté successivement les deux lobes moyens du cerveau.*

CCLXXXV[e] OBS. — Femme, trente-quatre ans. L'année précédente, attaque d'apoplexie suivie de paralysie. Cette femme recouvre le mouvement et l'intelligence, mais non la parole. Nouvelle attaque, coma, perte de connaissance, pupilles dilatées, hémiplégie droite; perte incomplète du sentiment, perte presque complète de la vue.

Quelques jours après, coma, prostration des forces, pâleur de la face, froid des extrémités, carphologie de la main gauche, etc., mort. — La partie moyenne de l'hémisphère droit, déprimée, présente un vaste foyer un peu anfractueux, à parois ramollies, séparé du ventricule par une lame mince du parenchyme. L'hémisphère gauche présente, à sa partie postérieure et en dehors du ventricule, une excavation pouvant contenir une noisette, dont les parois sont ramollies. Ventricules à l'état normal (¹).

CCLXXXVIe Obs. — Femme, soixante-un ans, constitution forte. A cinquante-trois ans, cessation des règles; leucorrhée. Perte de connaissance; hémiplégie gauche, qui guérit au bout de deux mois. Depuis, fourmillement, engourdissement; il y a trois mois, craquement des dents pendant le sommeil, diarrhée, céphalalgie. 3 février, à quatre heures après-midi, perte subite de la faculté de parler, mais possibilité de crier et de descendre deux étages; puis paralysie droite, langue et traits déviés à gauche, pupilles contractées; intellect intact jusqu'à la fin, mais parole nulle; idées exprimées par des gestes. Déglutition difficile. Mort le 14. — Beaucoup de sang dans les méninges et à la partie postérieure des deux hémisphères. Dans le lobe moyen gauche, cavité contenant 60 grammes de sang coagulé, et dans le ventricule voisin, 30 grammes de sérosité limpide. Substance médullaire de l'hémisphère droit couleur café au lait, et offrant des brides comme aponévrotiques. Dans le ventricule droit, autant de sérosité que dans le gauche (²).

CCLXXXVIIe Obs. — Homme, cinquante-trois ans. Prisonnier en Bohême en 1813; il a eu une gastro-entérite, et fait une chute, il y a huit ans, sur la partie postérieure de la tête. Depuis, il a presque perdu l'odorat. Il y a deux ans, étourdissement, bourdonnement d'oreilles, crampes; engourdissement du côté droit, plus dans la jambe que dans le bras. Il y a trois mois, la main droite était très faible, la sensibilité y était obtuse, et les mouvements du membre supérieur droit difficiles. Jambe droite faible, mais la marche est encore possible. Bouche déviée. En se baissant pour ramasser quelque objet, le malade tombe frappé par un étourdissement. Cependant, il se relève seul, et se fait admettre à l'hospice de la Clinique le 24 février 1835. Il marche avec peine, ressemble à un homme ivre. Face et bouche déviées à droite, côté gauche de la face paralysé, prononciation difficile; œil gauche moins ouvert, pupille gauche plus resserrée, et vue moins nette à droite; goût conservé,

(¹) Albi (Salpêtrière, service de M. Barth), *Bullet. de la Société anatom.*, 1851, p. 252.
(²) Leroux. *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 142.

odorat obtus, céphalalgie légère, étourdissements fréquents, membres droits et gauches mobiles, intellect conservé, diminution de la paralysie faciale, vue revenue. En mars, douleurs et engourdissement dans les trois premiers orteils du pied droit, puis embarras dans la parole, bouche déviée; amélioration. En avril, étourdissement, néanmoins intellect libre; jambe droite faible, chute de dessus une chaise, parole embarrassée, prostration, affaiblissement du bras droit, sensibilité conservée des deux côtés; fourmillement, engourdissement dans le bras gauche; affaiblissement, parole difficile, intellect conservé. Mort le 24 avril. — Dure-mère adhérente aux parois du crâne en quelques points. Arachnoïde offrant çà et là des plaques blanchâtres. Pie-mère infiltrée de sérosité. Dans l'hémisphère droit, à demi-pouce de profondeur, la substance blanche a un aspect rosé; elle est molle. A l'union des lobes antérieur et moyen, au centre du ramollissement, foyer hémorrhagique du volume d'un noyau d'abricot; les parois sont couvertes d'une membrane mince, et l'intérieur est occupé par un petit caillot en partie résorbé, et principalement composé de fibrine décolorée. En arrière; à deux pouces, deux autres petits foyers comme des noyaux de cerise; caillots moins consistants que ceux du premier; substance cérébrale rosée autour. Dans l'hémisphère gauche, au milieu du lobe moyen, foyer contenant un caillot encore noir et presque fluide; cerveau sain autour, moelle saine. Le nerf facial gauche n'a rien d'anormal (1).

CCLXXXVIIIe Obs. — Commissionnaire, soixante-cinq ans. Atteint d'hémiplégie au côté droit depuis longtemps, il avait en partie recouvré le mouvement et le sentiment de ce côté. Nouvelle attaque d'apoplexie, coma, immobilité des deux côtés du corps. Face rouge, dyspnée, pouls petit et serré, soulèvement des joues à chaque expiration, sueur visqueuse sur la face, langue sèche et noire, pupilles dilatées. — Dans le lobe moyen droit, foyer contenant du sang liquide et coagulé, du volume d'un œuf; substance cérébrale voisine jaunâtre et très injectée. Près la paroi ventriculaire et le corps strié gauche se trouve une cicatrice jaunâtre, avec légère déchirure linéaire (2).

CCLXXXIXe Obs. — Femme, soixante-onze ans, ayant cessé d'être réglée à trente-huit ans par suite d'affection morale. A soixante ans, attaque d'apoplexie, paralysie des membres droits. Guérison au bout de six semaines. Plus tard, palpitation, dyspnée, bronchite, pneu-

(1) Duplay, *Journal hebdomadaire*, 1836, t. III, p. 165.
(2) Larrat, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 6, p. 28.

monie à soixante-neuf ans. Deuxième attaque d'apoplexie, paralysie des membres gauches. Amélioration, mais faiblesse de ces membres. Intelligence en bon état, vertiges, pas de céphalalgie. A l'âge de soixante-dix ans, en juin, troisième attaque. Perte de connaissance, bouche tirée à gauche; pupilles immobiles, médiocrement dilatées; surdité, paralysie des membres droits. Deuxième jour, coma, évacuations involontaires. Mort le troisième jour. — A la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère droit, dépression, cavité creusée jusqu'à la partie supérieure du ventricule, remplie par une matière gélatiniforme d'un blanc jaunâtre, et tapissée par une membrane mince de même couleur. Dans l'hémisphère gauche, vers la partie moyenne de la substance blanche, cicatrice ancienne, serrée, d'une densité remarquable, sans déperdition de substance. Un peu au dessous, dans la même région, épanchement d'une once et demie de sang noir s'étendant dans un espace de deux pouces et demi. Ventricule gauche du cœur un peu hypertrophié. Aorte rétrécie par des plaques d'ossification. Voies digestives dans l'état naturel (1).

CCXCe Obs. — Homme, soixante-quinze ans, vie régulière. A l'âge de quarante ans, coup sur la tête. A cinquante, douleurs de rhumatisme avec fourmillement de la main droite. A soixante-cinq, attaque d'apoplexie, suivie de gêne de la parole, d'affaiblissement des deux jambes, de paralysie plus prononcée à droite, et de démence. Huit ans après, deuxième attaque. L'année suivante, troisième attaque, suivie de délire, de faiblesse des quatre membres, surtout des membres droits. Affaiblissement général progressif. — Huit cavités de dimensions considérables en partie closes par des productions pseudo-membraneuses dans les deux hémisphères (2).

Deuxième série. — *Hémorrhagies ayant affecté simultanément les deux lobes moyens du cerveau.*

CCXCIe Obs. — Femme, quarante ans, adonnée au vin. Attaque d'apoplexie, paralysie des deux côtés, mort prompte. — Concrétion sanguine dans le sinus de la faux, pie-mère injectée; encéphale mou, parsemé de points rouges. Dans l'hémisphère droit, en dehors de la couche optique, cavité contenant une espèce de gluten brunâtre. Dans l'hémisphère gauche, seconde cavité allongée remplie de sang, s'ouvrant dans le ventricule, au côté externe duquel elle elle est placée. Sur l'artère basilaire, petite tache elliptique corres-

(1) De Drouillin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1825, n° 222, p. 19.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 567.

pondant à un ramollissement des parois vasculaires, plus prononcé au côté interne. Glande pituitaire très petite (1).

CCXCII° Obs. — Invalide, soixante-sept ans. Il y a deux ans, attaque d'apoplexie, affaiblissement des quatre membres, surtout des gauches. Bientôt après, délire partiel, démence, faiblesse des membres. Deuxième attaque, paralysie plus marquée à gauche. Troisième attaque, coma. Quatrième attaque, paralysie à droite. — Dans le lobe moyen gauche près du ventricule, cavité ample contenant demi-cuillerée à café de sérosité trouble et point de fibrine. Elle est tapissée par une fausse membrane épaisse, plissée, colorée en rouge-gris ou brun. Au côté externe du corps strié et de la couche optique droits, qui ont une teinte violacée, cavité vide tapissée par une fausse membrane. Substance cérébrale environnante consistante (2).

CCXCIII° Obs. — Femme, soixante-huit ans, a eu neuf ans avant une attaque d'apoplexie; elle a gardé le lit pendant deux ans, ayant les membres impotents; puis, peu à peu, elle a repris de la force; la paralysie a cessé, l'intellect est sain. Elle meurt d'un cancer de l'estomac. — A deux pouces au dessous de la surface supérieure de l'hémisphère droit, à la partie antérieure du lobe moyen, petit kyste à parois lisses, transparentes, rempli de sérosité limpide, sans altération de la substance cérébrale environnante. Dans l'hémisphère gauche, au niveau et en dehors de la partie moyenne du corps strié, deuxième kyste exactement semblable au premier. Quelques incrustations osseuses de l'aorte. Ulcère cancéreux de l'estomac (3).

CCXCIV° Obs. — Homme, soixante-douze ans, sujet à tomber en défaillance. 25 février, longue défaillance, coma profond, insensibilité générale, résolution des quatre membres, pas de déviation de la bouche, paupières supérieures à moitié baissées, léger clignottement quand on touche la conjonctive; la vision ne paraît pas se faire; pouls non fréquent, peau peu chaude, râle. Mort le sixième jour. — Infiltration séreuse de la pie-mère sur la convexité des hémisphères, à la base, à la jonction des lobes moyen et postérieur droits. Dans la substance médullaire, cavité pleine de sang noir coagulé; autour, la substance médullaire est normale. Au même endroit de l'hémisphère gauche, cavité semblable, également remplie de sang coagulé. Pas de ramollissement ni d'injection autour. Plaque blanche à la surface du cœur, hypertrophie des parois du

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. III, n° 6.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 596.
(3) Andral, *Clinique*, t. V, p. 348.

ventricule gauche, incrustations osseuses à la base des valvules mitrales, plaques osseuses dans l'aorte ([1]).

CCXCV[e] Obs. — Orfèvre, soixante-treize ans, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite, perte de la parole et du sentiment. (Vomitif.) Pendant l'action du remède, paralysie du côté gauche, respiration suspendue, efforts, bouche béante, veines gonflées. Mort dix-sept heures après la deuxième hémiplégie. — Au centre de l'hémisphère gauche, foyer d'un pouce de diamètre contenant des petits caillots sanguins. Dans l'hémisphère droit, plus superficiellement, un autre foyer plus étendu s'était fait jour vers la surface ([2]).

Les hémorrhagies qui ont éclaté à des époques éloignées ont laissé dans le cerveau des traces différentes à droite et à gauche, marquant distinctement les dates. Cette différence a été sensible dans un cas où il y a eu trois attaques à de longs intervalles affectant d'abord le lobe gauche, puis le droit et de nouveau le gauche (CCLXXXIX).

On a vu, une hémiplégie étant à peu près guérie depuis longtemps, survenir une nouvelle attaque avec paralysie des deux côtés; on ne trouva cependant que deux foyers, l'un ancien et cicatrisé dans un lobe, et l'autre récent, plein de sang liquide et coagulé, dans le lobe opposé. Ce dernier avait à la fois produit l'hémiplégie nouvelle et reproduit ou réveillé l'hémiplégie ancienne.

L'effusion sanguine, simultanément survenue dans les deux lobes moyens, a produit la paralysie immédiate des quatre membres. Il n'y a point eu de déviation des traits de la face.

L'hémorrhagie peut se faire d'un côté, et, à un court intervalle, de l'autre. Il y avait eu presque simultanéité; mais dans un cas curieux et digne d'attention au point de vue pratique, cette simultanéité fut pour ainsi dire forcée. C'est celui d'un individu atteint d'une apoplexie avec hémiplégie droite. Selon l'usage du temps, on donna de suite un vomitif. Dans les efforts que ce médicament provoqua, il survint

([1]) Andral, *Clinique*, t. V, p. 346.
([2]) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux*, p. 341.

une hémiplégie des membres gauches, et la mort arriva dix-sept heures après. Le lobe gauche présentait un foyer peu étendu, c'était le premier; le lobe droit en montrait un autre plus considérable, et même ouvert à la surface du cerveau. Ce second était évidemment l'effet du remède si intempestivement prescrit.

§ III. — Hémorrhagies des lobés moyens avec rupture du foyer vers la surface du cerveau.

CCXCVI[e] Obs. — Homme, trente-huit ans, robuste, maçon, vie régulière, sujet chaque année, dans l'été, à des maux de tête. Il avait eu une légère surdité et de l'insomnie. En février, céphalalgie, refroidissement des membres, accès de colère. Tout à coup, il s'écrie que sa tête va se rompre. Il tombe. Respiration râlente, vomissement, parole nulle, membres roides; la tête, relevée, retombe sur la poitrine. Cet état persiste. Face livide; les carotides battent fortement, mais lentement. Veines jugulaires gonflées, pupilles dilatées, immobiles; la salive coule de la bouche. Rigidité des membres supérieurs; la connaissance ne revient pas pendant la saignée qu'on pratique. Convulsions des membres supérieurs, et mort le lendemain. — A la surface de l'hémisphère droit, sous l'arachnoïde, près d'une livre de sang coagulé. Vaisseaux de l'hémisphère gauche très injectés. Dans le ventricule gauche, très peu de sang, point dans le droit. En dehors de la paroi du ventricule droit, vers la scissure de Sylvius, cavité pouvant contenir le poing, pleine de sang coagulé, et communiquant par une large fissure avec la surface du cerveau. Aucune membrane ne tapisse cette cavité, dont les parois sont imprégnées de sang. En avant, elles sont assez molles. Il y a beaucoup de sang à la base du cerveau et autour du cervelet. Hypertrophie du cœur [1].

CCXCVII[e] Obs. — Homme de lettres, quarante-six ans, petite taille, embonpoint, sédentaire. Avril, céphalalgie subite en parlant en public. Bientôt après, frisson, nausées, vomissements, faiblesse. Douleur violente au côté droit de la tête redoublant par accès; pouls fréquent. Sens conservés, abattement, réponses brèves (saignées). Pas de paralysie; pupilles normales, coma, stertor, insensibilité. Mort le deuxième jour de bonne heure. — Beaucoup de sang coagulé à la surface du cerveau et sous la dure-mère, principalement

[1] God. Meyer Auerbach, *De Apoplexia*. Bonnæ, 1830, p. 10.

du côté droit. Ce sang provenait par une large déchirure de l'intérieur de l'hémisphère creusé d'une vaste cavité remplie de sang coagulé. Il y avait aussi du sang concrété autour du cervelet et de la partie supérieure de la moelle épinière. Une once de sérosité dans les ventricules (1).

CCXCVIIIe Obs. — Homme, soixante-un ans, sujet aux étourdissements. Il y a un an, attaque d'apoplexie, suivie de paralysie incomplète du bras droit. 7 septembre, nouvelle attaque, chute, tête frappant contre un meuble, perte de connaissance; puis état demi-comateux, intelligence en partie conservée, réponses lentes et mal articulées. Côté droit incomplètement paralysé; sensibilité non détruite. Urines involontaires, respiration presque naturelle, pouls 80. 10 septembre, l'air expiré soulève la joue droite. Dysphagie, respiration haute, puis stertoreuse; légère contracture des membres gauches, pupilles droites dilatées. Mort le 16. — Une certaine quantité de sang noir et liquide sous la dure-mère; une couche de sang coagulé revêt la partie antérieure des deux hémisphères cérébraux, surtout du gauche. Du sang liquide se trouve dans les fosses de la base du crâne. A la partie inférieure du lobe moyen gauche, déchirure qui communique avec un vaste foyer creusé dans sa substance, ayant trois pouces de long sur deux de largeur. Les parois sont formées d'un détritus cérébral imbibé de sang. La totalité du sang épanché est de six onces (2).

CCXCIXe Obs.— Homme, soixante-douze ans, ayant eu un frère plus jeune mort après deux attaques d'apoplexie et un frère aîné qui en a déjà eu quatre; il est pris subitement de perte de connaissance le 25 décembre 1800. Le côté droit reste faible; mais quelques jours après, ce malade est assez bien. Le dixième jour, deuxième attaque plus forte que la première; privation d'abord, puis retour de l'intelligence. Débilité et torpeur des membres droits, qui se dissipent au bout de quatre semaines; le malade peut sortir. Troisième attaque le 19 mars 1801. Perte absolue des sens et de l'intelligence, résolution complète des membres droits. Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, qui arrive le 25 mars. — Beaucoup de sang à la face inférieure de l'hémisphère gauche. A la limite antérieure du lobe postérieur de cet hémisphère, une grande perforation conduit dans une cavité pleine de sang coagulé. Cette cavité s'étendait jusqu'au corps strié, sans pénétrer dans sa substance. Corps strié et couche optique gauches plus volumineux que les droits. Surface du corps strié ecchymosée; infiltration sanguine dans l'intérieur de ce corps.

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 327, obs. CI.
(2) Forget, *Gazette médicale*, t. VI, p. 788.

Couche optique normale; un peu de sang dans la corne postérieure du ventricule. Partie droite du cerveau très saine (¹).

CCCᵉ Obs. — Homme, quatre-vingts ans, sobre, vie active. Depuis sept à huit ans, quelques légers étourdissements. Janvier, il tombe sans connaissance. Paralysie droite, assoupissement profond; pouls peu fréquent, puis 104, 96; pupilles contractées, immobiles; respiration presque naturelle; quelques légers mouvements convulsifs Mort le sixième jour. — Vaisseaux méningés et cérébraux très injectés; pie-mère fort rouge. A la partie inférieure du lobe moyen gauche, grande cavité, irrégulièrement allongée, pouvant contenir un œuf, remplie de sang noir et coagulé. Elle s'ouvre par une déchirure dans la fosse temporale, et sept à huit onces de sang noir enveloppent les parties antérieures et externes des hémisphères. Dans le corps strié droit, petit foyer hémorrhagique (²).

CCCIᵉ Obs. — Marie Joyeux, âgée de quatre-vingt-quatre ans, de la Charente, domiciliée au dépôt de Mendicité de Bordeaux, d'une constitution assez forte, fut prise subitement, le 20 novembre 1853, d'une perte absolue de connaissance. Elle tomba sur le côté gauche, et ne put se relever. Elle était paralysée du mouvement des membres supérieur et inférieur gauches. Ces parties avaient conservé un peu de sensibilité.

Au moment de son entrée à l'hôpital Saint-André (22 novembre 1853), la malade avait un peu repris ses sens; elle comprenait difficilement, il est vrai, les questions qu'on lui adressait, et ne répondait qu'avait peine. Quand on lui demandait quelle était la partie du corps qui la faisait souffrir, elle ne disait rien, mais portait la main sur le côté droit de la tête. La langue n'était point déviée. La bouche était tirée à droite, la joue gauche soulevée à chaque expiration. Les pupilles, assez dilatées, se contractaient fort peu. État normal des organes digestifs et respiratoires. Battements du cœur réguliers; pouls 84, petit. Urine volontairement évacuée. (Cinq sangsues derrière l'oreille droite; calomel, 1,0; sinapismes aux pieds.) Les jours suivants, nulle modification. Déviation de la face à droite. Paralysie du mouvement dans le côté gauche, avec diminution de la sensibilité; puis dysphagie, teinte violacée des lèvres. Mort le 1ᵉʳ décembre.

Nécropsie. — Adhérences nombreuses et très fortes de la dure-mère à la face interne du crâne. Injection générale très marquée des vaisseaux et du tissu sous-arachnoïdien. Sur le milieu du bord supérieur de l'hémisphère droit, on trouve en quelques points, sous

(¹) Wenzel, *De Penitiori, Struct. cerebri.* Tubingæ, 1812, p. 100.
(²) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 19.

l'arachnoïde, des plaques d'une exsudation d'un blanc sale et assez épaisse. Au niveau de la partie latérale du lobe moyen, existe une large plaque noirâtre ressemblant assez à une ecchymose, située sous l'arachnoïde. Dans cette région, les circonvolutions cérébrales correspondantes sont un peu aplaties, très molles au toucher. A l'incision des méninges, on trouve une couche d'un sang noir étalé en nappe et non réuni en foyer; il est en partie coagulé, et forme de petits caillots noirâtres. Le sang qui s'est étendu à la périphérie est épais, mais il n'est pas en caillots. Un foyer pénètre dans toute l'épaisseur des circonvolutions et dans la substance même du lobe moyen, en s'avançant jusqu'au voisinage du corps strié droit. Il est rempli de sang noir, coagulé. La portion de substance cérébrale qui entoure cet épanchement offre, dans l'épaisseur d'un centimètre, un ramollissement d'un rouge grisâtre. Intégrité des deux corps striés et des couches optiques. Quelques gouttes de sérosité citrine dans les ventricules. Les autres parties du cerveau n'offrent aucune altération.

Un foyer considérable, logé dans l'épaisseur du lobe moyen, s'est ouvert à la surface du cerveau par une perforation, une déchirure, plus ou moins large, qui s'était faite à la partie supérieure et externe de l'hémisphère ou à sa partie inférieure. Le sang s'était répandu sous les méninges, sur le cerveau, et quelquefois jusqu'aux environs du cervelet et de la moelle allongée. Le foyer hémorrhagique offrait les apparences d'un épanchement récent, formé d'un sang en partie liquide, en partie coagulé. Les parois de ce foyer présentaient un détritus assez étendu de la substance cérébrale. Celle-ci était, au loin, comme ecchymosée. Elle l'était surtout à la surface des circonvolutions. Les vaisseaux de l'encéphale étaient injectés. Cet accident de l'hémorrhagie lobaire lui a donné un surcroît de gravité. La mort est survenue en peu de temps. La plus longue durée de la maladie a été de douze jours.

§ IV. — Hémorrhagies des lobes moyens du cerveau avec ouverture du foyer dans les ventricules latéraux.

Les faits de ce genre sont nombreux, et se distinguent par leur extrême danger. Toutefois, la mort n'est pas tou-

jours aussi rapide qu'on pourrait le supposer. Je forme trois séries, selon que la terminaison a lieu en moins de vingt-quatre heures, ou du deuxième au dixième jour, ou enfin du onzième au quarantième jour.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorrhagies des lobes moyens, avec ouverture du foyer dans les ventricules latéraux, ayant occasionné la mort en moins de vingt-quatre heures.*

CCCII^e OBS. — Fille, quatorze ans, de forte complexion, sujette aux maux de tête, bien réglée depuis deux ans. 16 novembre, céphalalgie, somnolence. Cet état continue le 18. Les mains sont appliquées sur la tête; la langue sort en ligne droite. Pupilles sensibles; pouls 100, petit, faible; ni paralysie, ni respiration stertoreuse. Le même jour, cette malade essaie de sortir du lit, mais elle tombe avec des symptômes bien marqués d'apoplexie, et meurt quelques minutes après. — Méninges congestionnées, sinus pleins de sang. Substance cérébrale pâle. Ventricule latéral gauche rempli par un caillot de sang volumineux, lequel s'étend dans la substance de l'hémisphère gauche du cerveau (1).

CCCIII^e OBS. — Homme, vingt ans, musculeux, cou court, taille moyenne, adonné avec excès aux exercices gymnastiques. En sortant du lit, le 19 octobre, il tombe insensible, et meurt une heure après. — En enlevant la voûte du crâne, il s'écoule trois ou quatre onces de sang. Vaisseaux de la pie-mère très engorgés; circonvolutions comme comprimées. Dans l'hémisphère droit, caillot de sang, et de plus une effusion de cinq ou six onces de sang liquide. Ventricules également pleins de sang. Dilacération considérable de la substance cérébrale aux points occupés par l'épanchement sanguin. On y voit des vaisseaux rompus et béants (2).

CCCIV^e OBS. — Homme, trente-deux ans, cou court, adonné au vin, aux femmes et au jeu. 4 juin, attaque d'apoplexie, chute à droite, stupeur. Quelques mouvements sont exécutés par les membres gauches, puis ce côté reste immobile. Respiration suspirieuse, avec soulèvement des joues à chaque expiration. Somnolence, dilatation des pupilles. Mort le lendemain matin. — Foyer considérable dans chaque hémisphère communiquant avec les ventricules, et

(1) J. C. Langmore, *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1860, t. XI, p. 8.

(2) Farre, *Medico-chir. Review*, t. X, november 1828, p. 211. — Ce fait a été répété dans *Medical Gazette*, t. II, p. 691, et dans Copeman, p. 20 et 39.

perforation du corps calleux. Dans l'hémisphère gauche trois petits foyers isolés ([1]).

CCCV° Obs. — Garçon teinturier, trente-sept ans, tombé sans connaissance. Coma, résolution des quatre membres, insensibilité, râle trachéal, extrémités froides, pouls fréquent. Mort au bout de deux heures. — Énorme épanchement de sang dans l'hémisphère droit, sang moitié solide, moitié liquide, la couche optique et le corps strié n'existent plus. Ventricule latéral droit rempli par un gros caillot. Les parois de ce vaste foyer sont formées par une substance cérébrale rouge et diffluente, irrégulièrement déchirée ([2]).

CCCVI° Obs. — Femme, quarante-cinq ans, mère de sept enfants, sujette à des douleurs à la nuque, à l'occiput, au vertex; menstruée régulièrement, mais avec des douleurs dans le bassin et augmentation de la céphalalgie habituelle. Cette femme avait beaucoup d'activité, des occupations nombreuses, dirigeant un asile de vieilles femmes; elle éprouvait un vif chagrin depuis que l'un de ses fils était devenu épileptique. 14 octobre, après dîner, elle sent du froid aux pieds, et parlant facilement, pousse tout à coup des cris de souffrance, met sa main sur sa poitrine, essaie de monter un escalier, peut avec l'aide d'une personne arriver au deuxième étage, où elle chancelle et tombe, se tordant, faisant grincer les dents et saisissant ses vêtements comme pour les arracher. Quand on lui parle, elle ouvre les yeux, mais ne répond pas; bientôt après les mâchoires restent serrées, les muscles sont relâchés, le coma est complet, le pouls lent et irrégulier. Quatre heures après, la bouche s'ouvre; la pupille droite est contractée, la gauche dilatée; elles sont immobiles toutes les deux. Respiration stertoreuse 36; pouls 94, fort. Déglutition impossible; les liquides introduits dans la bouche augmentent le trouble de la respiration pendant une ou deux minutes et coulent hors de la bouche. Urines involontaires, vomissement des aliments digérés en partie; lividité des mains; pouls 140, faible; respiration pénible, fréquente; conjonctives injectées à leur partie inférieure, qui est exposée à l'air; l'état des pupilles change, la droite devient plus large et la gauche plus étroite; puis, dilatation égale et large des deux. Mort quinze heures après l'invasion. — Forte rigidité cadavérique, écoulement de sang à l'ouverture du crâne, beaucoup de ce fluide dans les vaisseaux de la pie-mère, cerveau ferme et vasculaire. La moitié inférieure de l'hémisphère gauche contient un coagulum du poids de 3 onces, contenu dans

([1]) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux*, p. 344.
([2]) Andral, *Clinique*, t. V, p. 341.

une cavité à parois déchirées et ramollies. Corps strié et couche optique du même côté ramollis et en partie détruits. Ventricule latéral gauche contenant du sang. On distingue l'ouverture de communication avec le foyer apoplectique. Dans le ventricule droit, une once et demie de sérosité; septum déchiré. Le cinquième ventricule contient un peu de sang, non les troisième et quatrième. Plexus choroïdes injectés. Les artères de la base ont de légers épaississements très circonscrits. Un petit caillot se trouve sur la glande pituitaire. Ventricule gauche hypertrophié (1).

CCCVII^e Obs. — Femme, quarante-huit ans, petite stature, obèse, grand appétit; menstrues peu abondantes, mais régulières; parfois congestions pulmonaires, spasmes hystériques, vomissements, jamais de céphalalgie. 19 août, dans la journée, quelques préoccupations morales. Le soir, après avoir bien dîné et être sortie pour affaire, cette femme rentre précipitamment chez elle; bientôt après, elle tombe sans connaissance et vomit. Résolution et insensibilité des membres droits. Au bras gauche, légère contracture; mais les mouvements y sont possibles, et même la main se porte sans cesse vers la tête. Le membre inférieur du même côté exécute aussi quelques mouvements. Œil gauche ouvert, œil droit presque fermé et fixe; pupille droite extrêmement resserrée et insensible, pupille gauche moins resserrée et plus contractile. Salive écumeuse découlant de la bouche; dents serrées, grincements. Respiration haute, anxieuse, râlente. Pouls petit, misérable; déglutition impossible. Perte de connaissance complète. Continuation des mouvements automatiques de la main gauche. Côté droit du corps très froid. 20 août, aggravation; lèvres bleuâtres, joue droite plus congestionnée que la gauche. Respiration très gênée; pouls dur, plein, fréquent. Bras droit un peu roide; membres gauches immobiles et contracturés, mais encore un peu sensibles. Les membres droits ne sont pas complètement insensibles; ils deviennent à leur tour plus chauds que les gauches. Mort le soir, vingt-une heures après l'invasion. — Vaisseaux cérébraux et méningiens pleins de sang; il s'en écoule 150 grammes. Dans le centre ovale de l'hémisphère gauche, vaste cavité, à parois déchirées, frangées, teintes en jaune-serin, contenant un caillot fibrineux noirâtre pesant 90 grammes. Cette cavité communique par une large ouverture avec le ventricule gauche, qui est rempli de sang; il s'en trouve aussi dans le ventricule droit, dont la membrane interne est très vasculaire. Septum lucidum entier. Parois du ventricule gauche, et couche optique surtout, ramollies (2).

(1) Henry Thayer, de Boston, *American Journal of medical Sciences*, july 1851, p. 51.
(2) Desgranges, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1841, t. XIV, p. 85.

CCCVIIIe Obs. — Homme, cinquante-trois ans, aliéné depuis l'âge de dix-neuf ans. En juin, coma subit, hémiplégie gauche, ouïe conservée. Le malade répond assez juste aux questions. Efforts de la déglutition pénibles, suivis de craquements des dents. Mort au bout de quatorze heures. — Crâne large, épais; vaisseaux encéphaliques très injectés. Ossification de 24 millimètres sur 6 dans la dure-mère, sur l'hémisphère droit. Foyer hémorrhagique dans le centre ovale droit, et qui de là s'étend dans le pilier droit de la voûte, le corps strié, la couche optique et le pédoncule cérébral. Un caillot remplit le ventricule droit. L'hémisphère gauche et les autres organes sont sains (1).

CCCIXe Obs. — Femme, cinquante-sept ans, de forte constitution, beaucoup d'embonpoint, tête volumineuse, cou court et gros, vie déréglée, cependant bonne santé. Tout à coup, le 26 mars, après une vive affection de l'âme, perte de connaissance, immobilité générale, insensibilité aux excitants les plus forts. Suspension absolue de l'usage des sens; face gonflée, plutôt pâle que rouge; yeux entr'ouverts et fixes, pupilles dilatées et immobiles; bouche béante, entourée d'une écume blanchâtre; lèvres soulevées et distendues à chaque expiration; respiration laborieuse, un peu râlente; chaleur à peu près naturelle; pouls rare, assez fort; déjections involontaires. Mort vingt-quatre heures environ après l'attaque. — Large ecchymose autour du cou, sur le dos, les épaules. Beaucoup de sang s'écoule des téguments du crâne incisés. Os du crâne épais et dur. Dure-mère très adhérente aux os, très injectée. Infiltration sanguine des méninges et épanchement de sang à la base, où les artères carotides et vertébrales très injectées présentent, en divers points de leur cylindre, de petites lames blanchâtres dures et comme osseuses. Masse encéphalique molle, cerveau affaissé. L'hémisphère gauche présente une cavité énorme, ovoïde, contenant des caillots du volume d'un œuf de poule et du sang fluide. Cette cavité communique, par une large crevasse, à travers le corps strié, et la couche optique, avec le ventricule gauche. Septum lucidum détruit, ventricule droit plein de sang. On trouve dans le corps strié droit un foyer hémorrhagique distinct, et dans le quatrième ventricule, un petit épanchement avec rupture du calamus scriptorius. Hypertrophie et dilatation du cœur (2).

CCCXe Obs. — Marchand de vin, soixante ans, goutteux. Souvent vertiges, étourdissements; il y avait un prolapsus de la paupière

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 472.
(2) Raoux, Thèses de Montpellier, 1827, n° 18, p. 7.

supérieure droite. Attaque violente d'apoplexie. Mort quelques heures après. — Beaucoup de sang dans les ventricules du cerveau et dans une cavité creusée largement dans l'hémisphère droit, où se trouvait un caillot très dur (1).

CCCXIe Obs. — Femme, soixante-six ans, robuste; paralysie depuis six ans du côté droit, mais sans déviation de la bouche; elle se plaignait de céphalalgie, avait de temps à autres des mouvements convulsifs du côté droit. Facultés intellectuelles affaiblies; elle a eu depuis quelques attaques légères. Le 18 novembre, à huit heures du matin, attaque subite, perte de connaissance, bouche tournée à droite; membres gauches immobiles, bras droit agité convulsivement, jambe droite roide; paupières fermées, les deux yeux dirigés à droite, pupilles contractées et immobiles; sensibilité non complètement abolie; pincement de la peau douloureux; ouïe conservée, parole impossible. Quand la malade veut articuler un mot, son bras droit s'agite davantage. Respiration haute, fréquente; pouls élevé, accéléré; chaleur générale augmentée; face rouge, couverte de sueur. Paralysie des organes de la déglutition, impossibilité de boire. Le soir, rigidité des membres; côté gauche aussi contracté que le droit; stertor. Mort dans la nuit, dix-neuf heures après l'attaque. — Dans l'hémisphère droit, foyer en dehors de la couche optique et du corps strié, étendu d'avant en arrière, rempli de sang à demi-coagulé; parois irrégulières, offrant des lambeaux flottants de matière cérébrale. Une large perforation du corps strié droit et de la paroi ventriculaire établissent une communication entre le foyer et le ventricule. Septum rompu. Caillot de sang étendu sur le pilier antérieur de la voûte. Sérosité sanguinolente dans les troisième et quatrième ventricules. Dans l'hémisphère gauche, en dehors du corps strié, cavité formée de tous côtés par une membrane parfaitement organisée, ayant l'aspect d'une séreuse lisse et polie à sa face interne, celluleuse et vasculaire en dehors, renfermant plus d'une once de sérosité limpide. Beaucoup de sérosité à l'entrée du canal rachidien (2).

CCCXIIe Obs. — Homme, soixante-huit ans, sourd. Il tombe sans connaissance; le mouvement est conservé dans le bras droit. Pouls faible, face très pâle; déglutition impossible, peau froide, puis chaleur, rougeur du visage. Mort le lendemain (on ne le saigna pas). — Caillot du volume d'un gros œuf logé dans l'hémisphère droit et en partie dans le ventricule du même côté (3).

(1) Portal, *Apoplexie*, p. 106.
(2) Aug. Bérard, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1826, t. IV, p. 377.
(3) Portal, *Apoplexie*, p. 26.

CCCXIII[e] Obs. — Femme, soixante-seize ans, robuste, sens et intellect dans l'état naturel. Chaleur vive sentie à la tête et aux pieds. Léger assoupissement depuis deux jours. 4 septembre, le soir, vomissement, perte de connaissance; résolution complète de tous les muscles. Pas de déviation de la face; les membres gauches peuvent exécuter de légers mouvements quand on pince la peau; les droits restent absolument immobiles. Respiration lente, pouls fort et lent; pupille droite dilatée. Mort douze heures après l'invasion des symptômes. — Rigidité musculaire; vaste foyer occupant l'hémisphère droit, et s'ouvrant dans le ventricule voisin par une déchirure; les autres ventricules sont aussi pleins de sang; la substance de l'hémisphère droit autour du foyer est molle, frangée, imprégnée de sang ([1]).

CCCXIV[e] Obs. — Femme, soixante-dix-huit ans, infirme par une ancienne hémiplégie droite, irascible, parole embarrassée, faiblesse des sphincters; cependant, amélioration notable au bout de plusieurs mois. Juillet, tremblement convulsif général, avec écume à la bouche; coma, dilatation de la pupille gauche, contraction de la droite; paralysie du côté gauche avec roideur tétanique des muscles de l'épaule; respiration fréquente, pouls dur, développé, parfois intermittent; sueur générale. Respiration stertoreuse, spasmes; bras roides et allongés, puis résolution complète; pouls fréquent. Mort le même jour. — Rougeur vive et injection des méninges. Dans le centre ovale droit, vaste foyer de la capacité d'un œuf de poule contenant un gros caillot entouré de sang fluide et noir; sur ses parois, des débris de substance blanche mêlée à du sang. Contre la paroi interne, il y a des restes de la couche optique détruite et laissant communiquer le foyer avec le ventricule voisin, lequel renferme un gros caillot et du sang noir; les autres ventricules contiennent aussi du sang. Septum presque entièrement détruit. Dans le centre de la protubérance, infiltration sanguine de trois lignes d'étendue. A la partie antérieure et moyenne du centre ovale gauche, à un pouce de la couche optique, kyste de la grosseur d'une aveline, à parois dures et jaunes, tapissé par une membrane lisse, renfermant un peu de sérosité jaunâtre et trouble. Au côté interne de cette cavité, petit conduit tapissé de la même membrane et se rendant au centre de la couche optique ([2]).

([1]) Cazes, Thèses de Paris, 1824, n° 3, p. 29.
([2]) Vitry, Thèses de Paris, 1823, n° 100, p. 48.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagies des lobes moyens, avec ouverture du foyer dans les ventricules; mort du deuxième au dixième jour.*

CCCXV[e] OBS. — Homme, dix-huit ans. Il se livre à un exercice violent. Quelques heures après, avant dîner, se lève en criant : *Oh! ma tête.* Il tombe privé de sentiment et dans un état de légère convulsion; la connaissance revient de suite. Face pâle, céphalalgie; pouls faible et fréquent, puis fort. Roideur du cou, douleur sur le trajet des vertèbres cervicales. Intellect conservé. Pas de paralysie. Troisième jour, abattement, confusion des idées. Quatrième, coma. Cinquième, convulsions et mort. — Tous les ventricules pleins de sang coagulé. Dans le lobe moyen gauche, cavité remplie de caillots communiquant avec le ventricule (1).

CCCXVI[e] OBS. — Religieuse, quarante-cinq ans, ayant de l'embonpoint, sujette à la céphalalgie, aux étourdissements, aux vertiges. Attaque d'apoplexie. — Mort le quatrième jour. — Un peu de lymphe dans les ventricules latéraux. A la partie inférieure du gauche, au côté externe du corps strié, fente conduisant dans la substance du cerveau, qui contient du sang caillé du volume d'un œuf. Artère basilaire et ses branches garnies d'anneaux de consistance cartilagineuse, faisant saillie dans l'intérieur de ces vaisseaux (2).

CCCVII[e] OBS. — Marchand de vin, quarante-cinq ans, de forte constitution, irritable, aveugle par suite d'ophthalmie blennorrhagique, ivrogne. Deux fois, en deux ans, congestion cérébrale. En juin, après libations copieuses, résolution des membres. Perte de connaissance. Stertor, soulèvement des joues par l'air expiré. Froid et insensibilité des membres. Pouls fort, peu fréquent. Légère déviation de la langue à droite, puis mobilité des membres rétablie; le malade peut descendre l'escalier pour aller à la cave. Le lendemain, mêmes symptômes que la veille. Retour de l'intelligence; le malade veut se lever; il faut le faire recoucher de force. Nouvelle attaque. Mort le lendemain : c'est le troisième jour de la maladie. — Roideur cadavérique. Vaisseaux de la tête injectés. A demi-pouce de profondeur, dans le lobe moyen droit, vaste foyer sanguin qui s'étend jusque dans les ventricules latéraux. Ramollissement du cerveau dans les lobes antérieur et postérieur. Corps strié et couche optique droits participant très peu à cette altération. Septum déchiré. Estomac injecté et épaissi vers le pylore (3).

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 330.
(2) Boucher, *Ancien Journal*, t. XLVII, p. 163.
(3) Porral, Thèses de Paris, 1830, n° 286, p. 7.

CCCXVIII^e Obs. — Femme, cinquante ans, embonpoint, haute stature, tête volumineuse, cou gros et court. En septembre, étourdissements, perte subite du sentiment et du mouvement volontaire, respiration stertoreuse. Face vultueuse, paupières fermées, pupilles resserrées, vue et ouïe nulles. Sensibilité de la peau conservée, membres agités quand on les pince. Membre thoracique gauche paralysé et roide. Aphonie; déglutition presque impossible. Pouls dur, plein, fort; peau brûlante. Mort le sixième jour. — Roideur des membres. Pie-mère injectée. Dans la partie supérieure et externe de l'hémisphère droit, caillot de sang noir du poids de deux à trois onces; le sang s'était frayé une voie dans le ventricule. Substance cérébrale voisine rougeâtre, ramollie et déchirée. Ventricule latéral gauche contenant de la sérosité sanguinolente. Sérosité à la base du crâne et dans le canal rachidien ([1]).

CCCXIX^e Obs. — Homme, soixante-trois ans, menuisier, pas de renseignements. En janvier, perte de connaissance, parole nulle, aucun mouvement, dyspnée, toux; pouls très faible; les quatre membres insensibles et froids. Mort le troisième jour. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux encéphaliques. Membranes rouges épaissies. Dans les trois ventricules cérébraux, 30 grammes de sérosité sanguinolente. Paroi externe du ventricule droit déchirée et en rapport avec un large foyer contenant 40 à 50 grammes d'une sorte de putrilage ([2]).

CCCXX^e Obs. — Femme, soixante-trois ans. Septembre, hémiplégie droite, avec refroidissement de ce côté; stupeur. Elle ne répond que si on la réveille; elle sort sa langue quand on le lui demande. Cet organe se dévie à droite. Respiration stertoreuse, déglutition difficile, pupilles très contractées; pouls 100, dépressible; résolution des membres paralysés, évacuations involontaires, légère amélioration, puis aggravation. Mort le dixième jour. — Ramollissement blanc du milieu de l'hémisphère gauche, au dessus du ventricule; au centre, caillot gros comme une petite noisette. Une petite ouverture s'était faite dans le ventricule. Quelques légères extravasations se trouvaient autour du foyer ([3]).

CCCXXI^e Obs. — Fille, soixante-quatre ans. Pendant dix-sept ans, délire mélancolique. Attaque d'apoplexie, hémiplégie gauche, sans perte de connaissance, mais réponses presque impossibles; affaiblissement du bras droit; pouls fort, irrégulier; dyspnée. Mort trente-

([1]) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, t. II, p. 49.
([2]) Leroux, *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 132.
([3]) Todd, *Clinical lectures*, p. 730.

deux heures après l'attaque. — Énorme foyer hémorrhagique dans le lobe moyen droit, et s'étendant dans les lobes antérieur et postérieur. Ramollissement des parties voisines et injection des vaisseaux des méninges. Rupture du foyer du côté du ventricule droit, qui est plein de caillots fibrineux; teinte bistre provenant d'anciennes hémorrhagies dans le lobe moyen gauche [1].

CCCXXIIe Obs. — Menuisier, soixante-sept ans, forte constitution, asthmatique. 12 juillet, perte de connaissance, membres roides, face violette, évacuations involontaires, stertor, dilatation inégale des deux côtés de la poitrine, paralysie à droite, bouche déviée, sensibilité émoussée du côté droit, sommeil profond, ronflement, grincement des dents, chaleur moindre à droite qu'à gauche, tête renversée en arrière, écume à la bouche. Mort le troisième jour. — Trois onces de sérosité rougeâtre dans les ventricules, surtout dans le droit; le gauche communique par une ouverture située en arrière avec un vaste foyer creusé dans l'épaisseur de l'hémisphère, à la jonction des lobes postérieur et moyen; il contient 5 onces de sang coagulé [2].

CCCXXIIIe Obs. — Femme, soixante-huit ans. 15 décembre, état comateux, respiration bruyante, pupilles contractées, yeux et tête dirigés vers le côté gauche; bouche déviée du même côté, mâchoires rapprochées, langue sur la ligne médiane. Bras gauche agité, carphologie; hémiplégie incomplète à droite, bras de ce côté en outre roide. Pouls fréquent, petit, non résistant. Œil gauche fermé par la contraction convulsive des paupières, surtout à l'approche d'une lumière. 20 décembre, relâchement des paupières des deux yeux, pupilles un peu contractées; cessation des convulsions du bras gauche et de la contracture du bras droit; collapsus, stertor, mort. — Dans le centre ovale gauche, foyer apoplectique plein de sang liquide pouvant contenir un œuf de poule. Injection et ramollissement de la substance cérébrale avoisinant ce foyer, et du corps strié et de la couche optique du même côté. Dans les deux ventricules, beaucoup de sang liquide. Légère hypertrophie du cœur gauche [3].

CCCXXIVe Obs. — Femme, soixante-neuf ans. Deux attaques apoplectiques antérieures. 22 mars, perte de connaissance, yeux fermés; pupilles sensibles, surtout la gauche, non dilatées; mâchoires serrées, commissure droite de la bouche abaissée. Membres gauches sensibles, membres droits dans une résolution complète.

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 480.
[2] Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux*, p. 352.
[3] Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 303.

Pouls 80; bruits du cœur bien frappés, sans souffle; respiration calme, 20. Bouche déviée à gauche, intelligence un peu revenue, pas de réponses. Urines involontaires, constipation. 24 mars, mâchoires toujours serrées, pouls 96. 25, quelques courtes réponses. Mort le 28, sixième jour. — Sérosité sous l'arachnoïde et dans la substance cérébrale, méninges injectées, quelques incrustations calcaires dans les artères de la base; vaste caverne apoplectique dans les lobes moyen et postérieur gauches, s'étendant vers la scissure de Sylvius, limitée par le lobe antérieur, et s'ouvrant par une déchirure pratiquée entre le corps strié et la couche optique, dans le ventricule gauche rempli, ainsi que le droit, de sang liquide et de caillots. Plexus choroïdes rouges et remplis de masses hydatiques. Hypertrophie du cœur, valvules incrustées de plaques calcaires, concrétions crétacées au sommet du poumon droit ([1]).

CCCXXV^e Obs. — Homme, soixante-onze ans. Faiblesse depuis deux mois; chute sur le côté gauche, qui présente quelques éraillures à la peau. Deux jours après, délire, contracture des deux membres supérieurs, tête inclinée vers l'épaule droite, yeux dirigés dans le même sens, bouche déviée du même côté. Paralysie du bras gauche. jambe gauche peu sensible et peu mobile; pupilles dilatées, la vue parait nulle à gauche; intelligence obtuse; réponses faites à voix basse, et presque nulles; pouls dur et plein, 108; peau chaude. Le septième jour, prostration, intelligence conservée, pas de céphalalgie, pupilles contractées, déviation des traits de la face à droite; résolution complète du membre supérieur gauche, incomplète de l'inférieur; sensibilité abolie à gauche, obtuse à droite; pouls 126, petit; respiration 30, râle trachéal, urines involontaires. Mort le lendemain. — Dure-mère un peu injectée. Deux glandes de Pacchioni volumineuses, dont une a perforé la dure-mère. Les deux feuillets de l'arachnoïde adhèrent entre eux dans cet endroit. Dans le sinus longitudinal supérieur, un caillot en partie fibrineux, en partie noir, peu volumineux. Infiltration sous-arachnoïdienne; pie-mère injectée, sans adhérence avec le cerveau. Dans le lobe moyen droit, en dehors du corps strié et de la couche optique, foyer hémorrhagique ayant 4 centimètres d'avant en arrière et 2 en travers, rempli d'un sang noir, moitié liquide, moitié en caillots mous, ressemblant à de la gelée de groseille; face interne de cette cavité inégale, ramollie dans l'épaisseur d'un millimètre; ferme au delà. Ce foyer s'est ouvert, dans la cavité digitale du ventricule, par une très petite perforation : là se trouve un caillot du volume d'un pois, et dans ce ventricule 50 à 60 grammes de sérosité légère-

([1]) (Service de M. Bouillaud.) *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 168.

ment sanguinolente; il y en a autant dans le gauche. Dans la couche optique gauche, une petite cavité aplatie contenant une goutte de sérosité transparente légèrement jaunâtre. Cœur hypertrophié, valvule mitrale fibro-cartilagineuse, etc. ([1]).

CCCXXVI° Obs. — Femme, soixante-treize ans; elle éprouvait depuis quatre ans un sentiment de froid dans tout le côté gauche, avec des douleurs vagues, quand, il y a cinq ans, elle eut une fièvre continue; après laquelle survint une cécité de l'œil gauche. Le 22 mai, perte subite de connaissance, chute sur le côté droit, hémiplégie du même côté; retour incomplet de la connaissance et de la parole, dont l'usage revient et cesse alternativement. Mort le septième jour. — Un peu de sang infiltré sous l'arachnoïde, sur l'hémisphère gauche. Au centre de cet hémisphère, caverne ovalaire contenant 3 ou 4 onces de sang noir et coagulé, et se continuant avec une autre excavation plus petite qui communique avec le ventricule gauche, dans lequel se trouve de la sérosité sanguinolente; dans le ventricule droit la sérosité est moins rouge. Les parois de ces cavités sont molles, frangées, environnées de substance cérébrale saine, mais molle. Dans chaque corps strié, surtout dans le gauche, petite cavité inégale, à parois denses, épaisses, jaune-marron, contenant quelques gouttes de sérosité jaunâtre ([2]).

CCCXXVII° Obs. — Cordonnier, soixante-treize ans, petite taille, cou court. 15 février, étourdissements, vertige, coma. Le lendemain, paralysie gauche, face naturelle, libre usage de l'intellect et de la parole. Troisième jour, langue embarrassée, entraînée à droite; rêvasseries, trouble des idées. Quatrième, délire, œil gauche fermé, langue sèche et un peu noire, prostration des forces, carphologie; légère amélioration. Sixième jour, coma, dyspnée, stertor, carphologie. Septième, mort. — Dans l'hémisphère droit, grande cavité remplie de sang coagulé, couche optique en partie détruite; foyer ouvert dans le ventricule. Substance du cerveau jaune-fauve autour de la cavité; le ventricule droit contient de la sérosité sanguinolente. Au milieu de la moelle allongée, petit kyste de la grosseur d'une noisette contenant un peu de sérosité. Cervelet sain ([3]).

CCCXXVIII° Obs. — Homme, soixante-seize ans, petite taille, cou court. Novembre, attaque d'apoplexie. Paralysie des membres gauches, perte de la parole, des sens; urines involontaires. Mort le

([1]) Leblond (service de Chomel), *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 261 et 270.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 34.
([3]) Lerminier, *Annuaire des Hôpitaux*, 1819, p. 219.

septième jour. — Veines cérébrales gorgées. Dans l'hémisphère gauche, presque au niveau du corps calleux, cavité pleine de sang, s'étendant, en dehors, jusqu'à la substance cendrée; en dedans, jusqu'au corps strié et à la couche optique. Dans ce grand espace, la substance cérébrale est détruite; la destruction avait envahi une partie du corps strié et de la couche optique; le ventricule est perforé; il contient du sang coagulé enveloppant le plexus choroïde; il y en avait aussi dans le ventricule droit ([1]).

CCCXXIX^e Obs. — Louis Boyé, âgé de quatre-vingt-deux ans, est frappé le 7 janvier 1855, dans la matinée, d'une apoplexie qui amène de suite l'hémiplégie du côté gauche. Porté le même jour à l'hôpital Saint-André (Clinique interne), on observe les symptômes suivants : Paralysie du sentiment et du mouvement, avec résolution complète des membres gauches; déviation de la bouche à droite, langue inclinée à gauche; aplatissement de la narine gauche, œil gauche immobile; sa pupille contractée; pupille droite dilatée et immobile. Le malade prononce quelques paroles incohérentes. Respiration assez facile; l'air expiré soulève de temps à autre les joues et les lèvres. Vomissements bilieux et de matières alimentaires (12 sangsues à l'anus, lavement purgatif). 8, pouls petit, 92; parole nulle. Mort le soir, environ trente heures après l'invasion.

Nécropsie. — Le cerveau, est, en général, ramolli. Un vaste épanchement sanguin occupe presque tout l'hémisphère droit; il se prolonge très près de son extrémité antérieure. Le sang est diffluent; il a pénétré par une crevasse dans les ventricules, qu'il remplit. Le septum lucidum est déchiré.

CCCXXX^e Obs. — Homme, quatre-vingt-six ans, pléthorique. 29 avril, étourdissements, chute. Céphalalgie, paralysie du sentiment et du mouvement, sans contracture du membre supérieur droit; extrémités inférieures dans l'état normal. Langue déviée à droite. Parole difficile. Vomissement, sensibilité un peu rétablie. Spasme cynique à gauche, stertor. Mort le 5 mai. — Entre la dure-mère et l'arachnoïde, une certaine quantité de sérosité, ainsi qu'à la base du crâne. A la partie extérieure et postérieure de la couche optique gauche et près du corps strié, épanchement sanguin de la grosseur d'une noix. Rupture de ce foyer, qui communique avec le ventricule. La couche optique, incisée, présente une teinte et un sablé rouge dans la partie la plus voisine du foyer. Trois cuillerées de sérosité rougeâtre dans le ventricule gauche ([2]).

([1]) Wenzel, *De penitiori structura cerebri*. Tubingæ, 1812, p. 99.

([2]) Tacheron, *Recherches anatomo-pathologiques*, t. III, p. 411.

Troisième série. — *Hémorrhagies des lobes moyens du cerveau, avec ouverture du foyer dans les ventricules; mort survenue du onzième au quarantième jour.*

CCCXXXIe Obs. — Femme, quarante ans, maigre. En mai, attaque subite de céphalalgie, vomissements, diarrhée, incohérence dans les paroles; ensuite, coma, pâleur, froid; pouls 65, puis fréquent, mou et faible; bras retiré au moment de la saignée. Agitation de tous les membres. Pupilles se contractant à la lumière. Délire, efforts pour se lever. Perte de la vue; coma, faiblesse. Mort le quatorzième jour. — Dans le lobe moyen droit, cavité contenant un caillot de la grosseur d'un œuf et communiquant avec le ventricule. Les ventricules sont remplis d'un liquide brun. Dans l'hémisphère gauche, à sa partie postérieure et supérieure, cavité du diamètre d'une noix remplie de matière brune, ressemblant à du sang coagulé. La substance cérébrale autour de ces foyers ramollie et désorganisée ([1]).

CCCXXXIIe Obs. — Ferblantier, quarante-cinq ans, cou allongé, embonpoint médiocre, pas d'excès. 14 janvier, il tombe sans connaissance. Le troisième jour, tendance à l'assoupissement, yeux sensibles à la lumière; il entend, reconnaît et ne peut parler. Paralysie complète du côté droit, la main gauche peut serrer; évacuations involontaires. 17, quelques mouvements convulsifs dans le membre supérieur gauche, respiration suspirieuse; agitation, puis assoupissement. 21, bouche sèche, peau brûlante; pouls fréquent, 23; coma, respiration fréquente, élevée, difficile; pouls fréquent, sueur sur la face. 26, mort (douzième jour). — Issue de beaucoup de sang à l'ouverture du crâne. Pie-mère infiltrée par une sérosité incolore. Cerveau très consistant. Dans le centre de l'hémisphère gauche, épanchement de 90 grammes de sang; communication du foyer avec le ventricule correspondant par une déchirure, où la substance cérébrale est ramollie. Les parois du foyer offrent aussi du ramollissement ([2]).

CCCXXXIIIe Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, très bien portant. Novembre, perte de connaissance; deux jours après, tête inclinée à droite, yeux tournés à gauche et en haut, commissure droite des lèvres tirée en dehors; membres gauches en résolution complète, avec sensibilité affaiblie, mais non abolie. Côté droit très sain. Vive céphalalgie à la bosse frontale droite; le malade y porte la main. Réponses justes, loquacité; pouls 80. Neuvième jour, délire

([1]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 333.

([2]) Leroux, *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 261.

dans la nuit, cris. Du dixième au vingtième jour, alternative de mieux et de plus mal. Vingt-unième jour, érysipèle, qui disparaît. Le vingt-quatrième, parole embarrassée. Vingt-huitième, apparition d'une parotide. Mort le trente-deuxième. — Eschares au sacrum. Parotide en suppuration. Adhérence de la dure-mère au crâne. Arachnoïde et pie-mère injectées et de couleur opaline, se détachant facilement du cerveau; infiltration sous-arachnoïdienne. Substance grise ferme, de couleur violacée. Substance blanche un peu injectée. A six lignes de la surface convexe de l'hémisphère droit, foyer hémorrhagique ovalaire, ayant la capacité d'un œuf de poule; le sang qu'il contient ressemble à de la gelée de groseilles un peu fluide; de la sérosité rougeâtre entoure le caillot, s'étend en arrière jusqu'à un pouce de l'extrémité postérieure de l'hémisphère, en avant et en dedans au corps strié; parois molles tapissées par une couche de caillots épais, fibrineux; substance cérébrale voisine jaune-orangé, ramollie. La partie supérieure du ventricule est déchirée, d'où l'irruption du foyer dans cette cavité; rupture du septum et présence dans le ventricule gauche d'un peu de sérosité rougeâtre. Hémisphère gauche sain. La protubérance présente à sa face inférieure un petit ramollissement superficiel de la largeur d'une lentille (1).

CCCXXXIVe Obs. — Homme, soixante-douze ans. 15 décembre, attaque d'apoplexie, hémiplégie gauche, parole difficile. Le mouvement se rétablit. 25 janvier, le malade se lève tout à coup, court en délire. Le lendemain, convulsions dans le bras gauche, regard hébété, pouls faible. Mort. — Trois ou quatre cuillerées de sérosité à la base du crâne; cerveau gorgé de sang. A la partie supérieure et externe de l'hémisphère droit, cavité de la grosseur d'un œuf de poule creusée dans la substance médullaire, tapissée par une membrane lisse, résistante, blanche (elle devient transparente en se desséchant). Substance médullaire environnante molle et jaunâtre. Le sang avait aussi pénétré dans le ventricule droit (2).

CCCXXXVe Obs. — Femme, soixante-douze ans, hémiplégie gauche, incomplète avec rigidité. Léger délire, langue sèche, pouls dur, fréquent. Phlegmon diffus de la jambe. Mort le vingt-cinquième jour. — Foyer hémorrhagique dans le centre médullaire de l'hémisphère droit, atteignant les circonvolutions, et s'ouvrant dans la cavité digitale du ventricule; cette cavité contient des caillots, sous

(1) Delamarre, Thèses de la Faculté de Paris, 1834, n° 340, p. 27, — et Duplay, *Archives*, 1834, 2e série, t. VI, p. 480.

(2) Lerminier, *Annuaire médico chirurgical des Hôpitaux*, 1819, p. 213.

lesquels se trouve un tissu cellulo-vasculaire, jaune orangé et jaune serin, rudiment probable d'un kyste réparateur ([1]).

CCCXXXVI[e] Obs. — Homme, soixante-quatorze ans, tempérament sanguin, maigre. Depuis un an, légers dérangements de santé. Juin, après déjeuner, perte de connaissance, paralysie gauche. Le soir, la parole se rétablit, léger délire; pouls fréquent, langue sèche et noire, diarrhée. Mort le vingt-unième jour. — Dans l'hémisphère droit, au côté externe de la couche optique et du corps cannelé, une grande cavité contient une once de sang brun, fibrineux, et communique avec le ventricule par deux ouvertures. Sang liquide et caillots. Hépatisations anciennes et altérations diverses des poumons. Viscères abdominaux dans l'état normal ([2]).

Les hémorrhagies des lobes moyens se sont étendues aux ventricules par le moyen d'une perforation étroite ou d'une déchirure large, dans un cas par deux ouvertures (cccxxxvi). Le sang en s'épanchant brusquement a déchiré le septum lucidum et a pénétré dans le ventricule opposé.

Quelquefois, le ventricule le plus voisin du foyer contenait du sang, et l'autre une sérosité sanguinolente ; ou même, dans les deux il n'avait filtré que le sérum et des globules, le sang entier et coagulé étant resté dans la cavité du lobe.

La déchirure s'est faite en divers points des parois du ventricule; plusieurs fois, en détruisant le corps strié et la couche optique, ou en passant entre ces deux organes; dans un cas, en se rendant dans la cavité digitale (cccxxxv).

Le sang a été trouvé liquide ou à demi-concrété, ou formant des caillots assez consistants, suivant le temps écoulé entre l'effusion et le jour de la nécropsie. Deux fois, un rudiment de fausse membrane a été constaté (cccxxxiv, cccxxxv), et cependant la maladie n'en était qu'au vingt-cinquième jour pour l'un et au quarante-unième pour l'autre.

Ce dernier jour a été généralement le terme ultime dans les cas de perforation et d'épanchement sanguin ventriculaire; mais, dans une circonstance fort remarquable, ce

([1]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 5e livraison, pl. VI, p. 2.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 13.

terme a été de beaucoup dépassé. Voici ce fait, qui est assez curieux :

CCCXXXVII^e Obs. — Femme, cinquante-six ans. En 1811, attaque d'apoplexie soudaine et violente. Perte du sentiment, des fonctions des sens, de la parole. Hémiplégie gauche, respiration laborieuse. Ces symptômes disparaissent peu à peu; il reste néanmoins de la faiblesse dans les membres qui avaient été paralysés. En juillet 1814, nouvelle attaque d'apoplexie, et mort prompte. — Dans l'hémisphère gauche, épanchement de sang liquide sans communication avec les cavités cérébrales. C'est le résultat de la dernière attaque; mais il existe dans l'hémisphère droit une cavité ayant près de deux pouces d'avant en arrière. Une membrane jaune-fauve, d'une épaisseur assez grande et remplie de sérosité, tapisse cette cavité, qui communique avec le ventricule latéral droit par une petite ouverture que ferme un caillot de sang d'une très grande solidité, d'une élasticité remarquable, ayant le volume d'un pois et ressemblant à un morceau de caoutchouc (1).

Le foyer hémorrhagique du lobe moyen droit s'était ouvert dans le ventricule, mais le sang s'était coagulé sur le trajet, y avait séjourné à la manière d'un bouchon, tandis que celui qui s'était épanché dans le ventricule et dans le foyer hémorrhagique avait été résorbé. Ce résultat heureux avait eu sans doute pour condition première l'étroitesse de la perforation.

§ IV. — Hémorrhagies des lobes moyens du cerveau, avec ouverture du foyer, simultanément à la surface de l'hémisphère et dans les ventricules latéraux.

CCCXXXVIII^e Obs. — Soldat, vingt-cinq ans; anasarque, ascite, affection du cœur. 24 juillet, à sept heures du matin, perte de connaissance, mouvements rapides et alternatifs d'extension et de flexion des bras; décubitus en supination, tête renversée en arrière, yeux fixes, insensibles, demi-fermés, dirigés en haut; la langue paraît entre les dents et ne semble pas déviée; respiration précipitée, stertoreuse; membres inférieurs demi-fléchis, pouls dur et fréquent

(1) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie, etc.* (Thèses de Paris, 1814, n° 121, p. 15.)

(saignée), mouvements des bras plus violents. Mort à dix heures. — Sérosité abondante dans le péritoine, dans les plèvres et dans le péricarde. Dans le ventricule gauche du cœur, caillots demi-fibrineux du poids de un à cinq grammes; cavités droites de cet organe dilatées, contenant une concrétion solide, non adhérente, fibrineuse. Infiltration sanguine abondante sur l'hémisphère gauche, paraissant provenir du fond d'une anfractuosité qui, écartée, conduit à un large foyer apoplectique, ouvert d'autre part dans le ventricule gauche, dont la paroi supérieure est déchirée. Le caillot sanguin est vermeil, ferme; il a la consistance de la gelée de groseille; son poids est de trente à quarante grammes. Les parois de la cavité sont frangées. Le troisième ventricule contient du sang liquide. La substance cérébrale la plus voisine du foyer est ferme et d'une belle couleur (1).

CCCXXXIXe Obs. — Officier de marine, trente-trois ans, ayant eu une jambe amputée, sujet aux fièvres et buvant beaucoup. Le 6 août, ayant dîné longuement avec des amis, en sortant de table, il s'embarrasse le pied dans un pli du tapis et tombe en se heurtant l'aine contre l'extrémité de sa jambe de bois. Pendant deux jours, état ordinaire; mais les jours suivants, malaise; puis vomissement de bile, céphalalgie violente, engourdissement des mains. Il y a du vague dans les idées; frissonnement qui fait trembler le lit. Deux heures après, insensibilité, seulement quelques plaintes; respiration 60, pouls 160, irrégulier, inégal et faible. Sueur, pupilles contractées et immobiles, vomissement d'un liquide ressemblant à du marc de café; déglutition impossible. (Saignée; sang non couenneux, sérum très jaune.) A neuf heures du soir, 48 inspirations embarrassées par le mucus bronchique, pouls 180, lividité de la face, pas de convulsions. Mort à minuit. — Sous la dure-mère et sur l'hémisphère droit, couche mince de sang coagulé; beaucoup de sang coagulé entre les deux hémisphères. Corps calleux rompu; voûte méconnaissable; sang dans les deux ventricules. Au-dessus du ventricule gauche, grand épanchement de sang dans la substance cérébrale, communiquant, par une déchirure, avec celui qui était entre les deux hémisphères, et avec celui du ventricule par une autre ouverture. Les artères antérieures du cerveau et le tissu qui les entoure sont entièrement enveloppés par les caillots. D'autres caillots de sang se trouvent dans divers points du cerveau, dans les deux hémisphères, surtout dans le lobe antérieur gauche et dans le corps strié droit. Cerveau sain à sa base. Dans les troisième et quatrième

(1) Perrier, *Recueil des Mémoires de Médecine militaire*, 1842, t. LIII, p. 50.

ventricules, beaucoup de sérosité colorée par le sang. Pie-mère teinte en rouge par une couche de sang. Notable vascularité de la dure-mère et de la pie-mère du cervelet. Foie friable, marqué de taches jaunes; canaux biliaires pleins de bile foncée. Veines de l'estomac très engorgées; parois de cet organe épaisses; sa surface interne est enflammée et de couleur pourpre vers le pylore. Duodénum aussi enflammé (1).

CCCXLe Obs. — Femme, trente-trois ans, très pauvre, mère de six enfants; elle allaitait encore le dernier, âgé de vingt-deux mois, ne se nourrissant que de pommes de terre et d'infusions de café. Cette femme, petite, active, industrieuse, a eu quelques légères pertes de connaissance et des douleurs de tête, mais elle n'a pas interrompu son genre de vie. Le 10 janvier au soir, elle portait à chaque main un objet assez lourd, lorsqu'elle tombe; on la trouve morte. — Dans l'hémisphère droit, un large foyer hémorrhagique contenait un caillot de sang de deux onces. Il y avait effusion de sang à la surface du cerveau et dans le ventricule droit, avec ramollissement du cerveau sur ce double trajet (2).

CCCXLIe Obs. — Portefaix, quarante ans, bien musclé. Mort d'apoplexie dans la nuit. — Épanchement sanguin sous la pie-mère qui recouvre l'hémisphère droit. Dans le centre de l'hémisphère gauche, grande cavité remplie de sang très noir, à demi-coagulé, s'ouvrant dans le ventricule par un trou qui traversait le corps cannelé. Ventricules remplis de sérosité sanguinolente; septum lucidum rompu. Calculs biliaires dans le vésicule. Foie dur, ratatiné (3).

CCCXLIIe Obs. — Avocat, quarante-six ans, robuste, fluxion hémorrhoïdaire mensuelle, chagrins, ivresse. Apoplexie faible; un mois après, absence d'hémorrhoïdes, apoplexie plus intense, hémiplégie avec rigidité du côté gauche, somnolence, tact général et intellect conservés, face rouge, pouls plein, dur. Deux jours après, parole embarrassée, sensibilité éteinte, pouls fréquent, serré, faible, respiration stertoreuse. Mort subite. — Roideur cadavérique, face violette; surface du cerveau couverte d'une couche de sang demi-fluide; vaisseaux cérébraux et méninges injectés; une cuillerée de sang dans chaque ventricule latéral; foyer sanguin du volume du poing dans la partie moyenne, externe et inférieure de l'hemisphère

(1) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 110. (Copeman, p. 95.)
(2) Nottingham, *Medical Times*, 1843, t. VII, p. 269.
(3) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. III, n° 4.

droit; il a crevé du côté du rocher. Deux autres foyers plus petits au-dessus du premier. Les parois de ces trois foyers sont d'un rouge intense, celles du grand réduites en putrilage. Cervelet recouvert de sang; il est sain, ainsi que la moelle allongée (1).

CCCXLIII[e] Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, tempérament sanguin, embonpoint, obésité abdominale, abus du vin, somnolence, douleur à la tempe et à l'œil droit; dans la nuit, attaque d'apoplexie, chute sur le côté gauche; une heure après, perte du mouvement de la main droite. Vomissement du vin ingéré, respiration stertoreuse. Mort au bout de six heures. — Valvules de l'aorte presqu'osseuses. Épanchement sanguin considérable sous la dure-mère, dans les méninges; deux ou trois trous traversant la pie-mère et faisant communiquer l'épanchement avec une perforation de la substance de l'hémisphère droit, laquelle conduisait dans une grande cavité du centre de cet hémisphère; celle-ci, remplie de sang coagulé, s'ouvrait, en outre, dans le ventricule, où du sang était également concrété (2).

CCCXLIV[e] Obs. — Homme, soixante-treize ans, concierge. Décembre, pris subitement de difficulté de parler, d'engourdissement du côté droit, puis de paralysie complète. Il n'a pas perdu connaissance, il s'est mis à pleurer; mais quand on le portait à l'hôpital, il a perdu l'usage des sens. Hémiplégie droite du sentiment et du mouvement, et légère contracture; face un peu déviée. Agitation, cris; il semble comprendre, mais ne répond pas. Pouls 60, peu résistant; respiration normale. Troisième jour, état soporeux, respiration stertoreuse, résolution du côté droit, pouls fréquent, mort. — Vaisseaux méningiens injectés, épanchement sanguin diffus sous la pie-mère, sur l'hémisphère gauche. Dans cet hémisphère, caillot de la grosseur d'un œuf de poule communiquant avec l'épanchement, et avec le ventricule gauche, par une perforation près de la couche optique. Dans ce ventricule et dans le droit, sérosité sanguinolente abondante. Corps striés et couches optiques intacts (3).

Ces faits sont remarquables par le triple désordre que la substance cérébrale a éprouvé. Aussi, la mort a-t-elle été rapide La vie n'a pu se maintenir plus de neuf heures.

(1) Dan de la Vauterie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1807, n° 68, p. 17.
(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. III, n° 2.
(3) Blin (service de M. Grisolle), *Union*, 1854, p. 13.

Résumé des observations relatives aux hémorrhagies des lobes moyens du cerveau.

I. Ces observations sont au nombre de 127, et se subdivisent ainsi :

Hémorrhagies d'un des lobes moyens	67
— des deux lobes moyens	11
— des lobes moyens, avec ouverture du foyer à la surface du cerveau	6
— des lobes moyens, avec ouverture du foyer dans les ventricules	36
— des lobes moyens, avec ouverture du foyer à la surface du cerveau et dans les ventricules	7
	127

L'étude de ce siége de l'apoplexie doit s'emprunter surtout aux faits d'hémorrhagie simple, c'est à dire d'hémorrhagie bornée à un lobe; mais il n'était pas inutile d'avoir une notion des cas de foyers multiples et de rupture du foyer dans les ventricules ou à la surface du cerveau, à cause de la fréquence de ces cas et de la complication qui en résulte.

II. Ces 127 observations ont été présentées par 71 individus du sexe masculin et 56 du sexe féminin. Les premiers l'emportent, mais de près d'un cinquième seulement.

III. Sous le rapport des âges, voici les chiffres recueillis :

1 enfant avait 9 ans.	
5 individus avaient de	14 à 20 ans;
7 —	21 à 30
12 —	31 à 40
17 —	41 à 50
18 —	51 à 60
29 —	61 à 70
24 —	71 à 80
4 avaient 82, 84, 86 et 94 (CCXXXIX) ans.	
117	

L'âge n'a pas été exactement indiqué pour dix individus, mais il est certain qu'ils appartenaient aux périodes avancées

de la vie. Comme on le voit, c'est par une progression assez régulière que les nombres augmentent jusqu'à l'extrême vieillesse, tandis qu'on ne compte qu'un enfant de 9 ans, et que dans la série suivante, le sujet le plus jeune avait 14 ans. Ainsi, de l'enfance à 40 ans, on ne trouve que 25 cas, tandis que de 41 à 80 ans, leur nombre s'élève à 88.

IV. Je n'ai rencontré qu'un seul fait où l'influence de l'hérédité soit mentionnée; mais elle est des plus évidentes, plusieurs proches parents étant morts d'apoplexie (CCXCIX).

V. On a assez souvent noté que la constitution des sujets était forte, le tempérament sanguin, la tête volumineuse, le cou court, la taille peu élevée, l'embonpoint porté quelquefois jusqu'à l'obésité. Chez un petit nombre d'individus, on a constaté la faiblesse, la délicatesse de l'organisation. Une femme, par exemple, pauvre et mal nourrie, allaitait un sixième enfant; elle était vaillante et n'avait que trente-trois ans, quand elle fut foudroyée par une hémorrhagie avec double rupture du foyer (CCCXL).

VI. Il a été souvent difficile de connaître les conditions hygiéniqnes dans lesquelles se trouvaient les malades, surtout quand, apportés sans connaissance ou avec la parole embarrassée, ils ne pouvaient donner des renseignements. Cette circonstance explique comment, dans sept à huit cas seulement, il est fait mention de l'usage abusif des boissons alcooliques. Mais l'action pernicieuse de ces boissons s'est manifestée d'une manière très sensible dans quelques cas; elle a pu ramener l'attaque apoplectique. Ainsi, un homme en ayant été frappé et atteint d'une hémiplégie droite, se rétablit; mais au bout d'un an, il prend des spiritueux en abondance, une hémorrhagie cérébrale lobaire l'enlève en trois jours (CCLXV).

VII. L'habitude d'une alimentation copieuse, substantielle, dispose aux hémorrhagies cérébrales. Un individu, après un bon repas, étant peu solide sur ses jambes, fait un faux pas, et se heurte contre l'aine; il a suffi de cette commotion,

précédée d'un excès de table, pour causer une apoplexie foudroyante (cccxxxix).

VIII. Une vie sédentaire, un défaut d'exercice, peuvent nuire (ccxcvii); mais un travail très pénible et prolongé, des efforts violents, peuvent avoir des suites très fâcheuses (cccxv). On a vu, après des exercices gymnatisques poussés à l'excès, un homme jeune encore être subitement frappé d'apoplexie mortelle (ccciii).

IX. Des préoccupations morales, de fortes émotions (cccvii, cccix, cclxxiii), un accès de jalousie et de colère (ccxxiii), ont amené des attaques hémorrhagiques. Des chagrins prolongés en ont été des causes non moins funestes (huit fois).

X. Des suppressions d'évacuations devenues habituelles ont agi encore comme causes puissantes d'apoplexie. D'anciennes hémorrhoïdes abondantes cessant de fluer, des céphalées périodiques surviennent et précèdent une hémorrhagie cérébrale foudroyante (ccxx). Un individu avait un flux hémorrhoïdal mensuel qui se supprime, et cette cause s'ajoutant à d'autres, une irruption sanguine considérable dans le cerveau produit une mort à peu près instantanée (cccxlii).

XI. Une perte abondante de sang, loin de prévenir une hémorrhagie cérébrale, a paru quelquefois la déterminer. Exemple, ce cordonnier, déjà prédisposé par une constitution pléthorique et par l'abus des spiritueux, qui se fait une plaie à la main avec son tranchet, et perd deux livres de sang. Le soir même, il n'en est pas moins frappé d'apoplexie presque foudroyante (ccxxviii). Ce fait est peu favorable au conseil des saignées préventives.

XII. Parmi les causes pathologiques des hémorrhagies dont il est maintenant question, on peut citer une ancienne contusion du crâne (cclxxxvii), une chute, quand déjà il y avait des indices de congestion cérébrale (ccxlvi), plusieurs cas de rhumatisme et de maladies du cœur (ccxlvi, ccliv, cclxxi, cclxxxi, cccxxxviii). Dans cet ordre de causes, les

vésanies, précédent si commun parmi les deux premières sections des hémorrhagies encéphaliques, ne sont notées que chez trois des sujets de celle-ci (CCXXXII, CCCVIII, CCCXXI).

XIII. Plusieurs fois, l'hémorrhagie des lobes moyens du cerveau avait été précédée plus ou moins de temps auparavant par de fortes congestions cérébrales ou par de vraies attaques apoplectiques, avec ou sans hémiplégie (CCXXI, CCXXIX, CCXL, CCCXLII, CCXLIII, CCXLIV, CCLIV, CCLXXII, etc.).

XIV. Des phénomènes précurseurs peuvent annoncer une attaque plus ou moins de temps à l'avance. Les plus fréquents sont la céphalalgie et les étourdissements. La céphalée présente des alternatives d'intensité; quelquefois, elle affecte spécialement l'occiput ou une tempe, ou s'étend à l'œil; elle s'accompagne de vertiges, de bourdonnements d'oreille, etc. On cite encore, comme prodromes, les vomissements (CCXX, CCXLVI, CCCXXXIX), les crampes d'un membre (CCL, CCLXXXVI), la perte de l'odorat (CCLXXXVII), un sentiment de froid dans une moitié du corps (CCCXXVI), etc.

XV. La maladie a débuté d'une manière subite, et a été marquée par la perte de connaissance dans plus de la moitié des cas. La chute qui en a été la conséquence a eu lieu sur un côté, qui s'est trouvé paralysé. L'invasion a presenté plusieurs variétés qu'il convient de noter. Ainsi :

La paralysie s'est manifestée immédiatement sans perte de connaissance (CCXLI, CCCXXI, CCCXXVII, CCCXLIV).

Des malades ont senti l'arrivée de l'attaque; ils s'agitaient, poussaient des cris, se plaignant vivement de la tête, pouvant encore faire quelques pas, et même monter et descendre un escalier avant de devenir insensibles (CCXX, CCXXI, CCLXXXVI, CCXCVI, CCCVI, CCCXV).

Quelques-uns ont eu du délire au début de l'attaque (CCXXIII, CCCXXXI).

D'autres fois, la parole a été subitement perdue (CCXXX). Un homme de lettres, parlant en public, est pris tout à coup de douleur vive dans un côté de la tête, de frisson, de

vomissement, de faiblesse. Il était mort deux jours après d'une hémorrhagie du lobe moyen, qui s'était ouvert à la surface du cerveau (CCXCVII).

XVI. Pendant le cours de la maladie, on voit à peine signalée, comme *symptôme*, la céphalalgie, soit que l'état intellectuel ait rendu difficile l'expression des sensations, soit que réellement la tête n'ait pas été douloureuse. Elle a été indiquée, indépendamment des cas cités, neuf fois (CCLII, CCXLV, CCLIV, CCLXIV, CCLXVIII, CCCII, CCCVII, CCCXXX, CCCXXXIII); mais quand les malades ne pouvaient pas parler, ils portaient la main sur l'un des côtés de la tête, et semblaient ainsi désigner le siége de la douleur (CCCVII, CCCXXXIII).

XVII. La perte de connaissance s'est prolongée plus ou moins longtemps; elle n'a pas cessé lorsque l'attaque a dû se terminer fatalement en peu d'heures; mais lorsque la vie se prolonge, l'intelligence semble se réveiller, du moins par instants, et les malades articulent quelques mots ou font quelques signes. Parfois, ils se bornent à ouvrir les yeux et avoir plus ou moins l'air de comprendre. Ce retour de l'intelligence, même dans les cas graves, est indiqué 14 fois; mais le plus souvent l'intellect reste engourdi, obtus, dans la stupeur.

XVIII. Il y a eu parfois un délire sourd, léger en général, non loquace. Ces cas se comptent. Il y en a eu à peine 11 (CCXXIII, CCCXXXIII, CCXL, CCXLII, CCLXVIII, CCCXXVII, CCCXXXIII, CCCXXXIV, CCCXXXV, CCCVI).

XIX. Quant à l'assoupissement et au coma plus ou moins profond, on les a remarqués un assez grand nombre de fois. Ils ont eu lieu chez 33 sujets, dont l'état était fort grave et la période encore rapprochée du commencement; mais chez les sujets dont l'hémorrhagie était susceptible de résolution, le réveil ne tardait pas à s'opérer.

XX. Souvent, la parole a été comme enrayée, rendue difficile, gênée, presque inintelligible, toutefois des mots étaient articulés. Ces cas se sont présentés 18 à 20 fois; mais si la vie persistait, l'articulation des sons s'améliorait. D'autres

fois, la perte de la parole a paru durable et complète, alors même que la connaissance était revenue et l'état général sensiblement amélioré. Cette aphasie a eu lieu chez 18 individus, et il est bon de ne pas perdre ces faits de vue, afin de constater les rapports de ce symptôme avec les autres phénomènes ou avec les lésions qui seront constatées (CCXXVI, CCXXVII, CCXXXIV, CCXLIII, CCXLVIII, CCLX, CCLXI, CCLXVI, CCLXXV, CCLXXXII, CCLXXXV, CCLXXXVI, CCXCVI, CCCI, CCCXI, CCCXIX, CCCXXVIII, CCCXXXII).

XXI. Les pupilles n'ont souvent donné lieu à aucune remarque. Ce n'est que dans un peu plus du quart des observations que leur état est mentionné. Elles ont été trouvées contractées 15 fois et dilatées 12; mais, en outre, elles ont présenté des inégalités très prononcées : l'une était dilatée ou resserrée, et l'autre à peu près normale ou se dilatant et se resserrant alternativement. 8 à 10 cas ont offert ces particularités, sans qu'il ait été possible de saisir les rapports de ces phénomènes avec l'état spécial des organes, vu que les faits se rapportent surtout à la catégorie des irruptions du foyer dans les ventricules (CCXVIII, CCLVI, CCXCVIII, CCCVI, CCCVII, CCCXIII, CCCXIV, CCCXXIX). D'ailleurs, les pupilles ont été le plus souvent peu sensibles à la lumière. Les yeux étaient renversés en haut, à demi-cachés par les paupières ou fortement inclinés d'un côté, mais parallèles. Le strabisme n'a pas été noté. La vue a paru obscurcie à un œil ou aux deux yeux. Quelques malades ont aussi semblé privés de la faculté d'entendre (CCXVIII, etc.).

XXII. Les phénomènes spasmodiques se sont montrés dans environ 25 cas; mais ils ont été très diversifiés, et le relevé suivant en fait connaître les principales variétés de mode et de siége.

Les convulsions ont été 7 fois générales, offrant des différences d'intensité assez grandes, pouvant même offrir l'aspect de l'épilepsie (CCLIV, CCLXI, CCLXXIII), CCLXXV, CCXCVI, CCC, CCCXV).

Elles ont quelquefois été unilatérales, affectant plus sou-

vent les membres droits (CCXVIII, CCXXXII, CCXLVII, CCLXXI) que les membres gauches (CCXLII, CCCLVI).

D'autres fois, elles ont été bornées aux membres supérieurs (CCCXXXVIII) ou inférieurs (CCXXII, CCXXXVII), et chez quelques malades à un seul membre, au membre supérieur gauche (CCCXXXIV) ou droit (CCXXXVIII, CCXXXIX, CCCXI), parfois agité de mouvements choréiformes.

Il y a eu dans un cas une sorte de carphologie (CCXXXV), et dans plusieurs qui se rattachent à la réplétion hémorrhagique des ventricules, on a remarqué des grincements de dents (CCCVI, CCCVII, CCCVIII, CCCXXII). On reconnaît aisément que ces divers phénomènes n'arrivent qu'accidentellement dans l'hémorrhagie lobaire, qu'ils ne sont ni inhérents à sa production ni caractéristiques de sa présence.

XXIII. Il n'en est pas de même de la perte du mouvement : c'est le symptôme le plus étroitement attaché à l'effusion sanguine des lobes moyens du cerveau; son absence est exceptionnelle. Il me paraît convenable d'entrer à ce sujet dans quelques détails :

a.	L'hémiplégie portant sur les membres gauches a été constatée (1)........................	44 fois.
b.	Celle des membres droits (2)............	40 —
c.	La paralysie a eu lieu successivement ou simultanément de l'un et de l'autre côtés, les deux lobes étant lésés (3)....	11 —
d.	La paralysie a affecté les deux membres supérieurs (4)......................	1 —

(1) Observations CCXXIV, CCXXVI, CCXXIX, CCXXXI, CCXXXII, CCXXXIII, CCXXXIV, CCXXXV, CCXXXVI, CCXXXVII, CCXXXVIII, CCXXXIX, CCXLII, CCXLIV, CCXLV, CCXLVII, CCXLIX, CCLIV, CCLXII, CCLXIV, CCLXVII, CCLXVIII, CCLXX, CCLXXVII, CCLXXIX, CCLXXXI, CCCI, CCCVIII, CCCXI, CCCXII, CCCXIV, CCCXVIII, CCCXXI, CCCXXV, CCCXXVII, CCCXXVIII, CCCXXIX, CCCXXXIII, CCCXXXIV, CCCXXXV, CCCXXXVI, CCCXXXVII, CCCXLII, CCCXLIII.

(2) CCXIX, CCXXI, CCXXV, CCXXVII, CCXXX, CCXLI, CCXLIII, CCXLVIII, CCL, CCLI, CCLIII, CCLV, CCLVII, CCLIX, CCLX, CCLXI, CCLXIII, CCLXV, CCLXVI, CCLXIX, CCLXXI, CCLXXII, CCLXXIII, CCLXXV, CCLXXVI, CCLXXVIII, CCLXXXII, CCLXXXIV, CCXCVIII, CCXCIX, CCC, CCCVII, CCCXIII, CCCXX, CCCXXII, CCCXXIII, CCCXXIV, CCCXXVI, CCCXXXII, CCCXLIV.

(3) Ce sont les faits du deuxième paragraphe, obs. CCLXXXV à CCXCV.

(4) CCXXII.

e. Elle s'est bornée à un membre [1]........	3 fois.
f. Il y a eu une résolution complète des quatre membres [2].....................	10 —
g. La mort ayant été très rapide, on n'a pas eu le temps de distinguer quelles parties étaient paralysées...............	7 —
h. Quelquefois, l'observation n'a pas précisé le siége de la paralysie mentionnée [3]..	3 —
i. Enfin, l'absence de toute paralysie a été exactement établie [4]..............	8 —
	127 fois.

Ainsi, sur 127 cas d'hémorrhagie des lobes moyens du cerveau, la paralysie n'a fait réellement défaut que 8 fois. Ces cas peuvent être regardés comme des exceptions, comparativement aux 119 dans lesquels la perte du mouvement était constatée.

Les hémiplégies ont été quelquefois plus prononcées à un membre qu'à l'autre. Le défaut de contractilité s'est souvent étendu à la face. La langue a paru quelquefois déviée, et c'était du côté paralysé (CCXXVI, CCLIX, CCLXIII, CCLXIV, CCCXX, CCCXXX).

XXIV. Les membres paralysés ont parfois présenté une contracture intense : cette coïncidence a été observée aux membres gauches (CCXVIII, CCXLV, CCLXII, CCLXIV, CCCVII, CCCXI, CCCXIV, CCCXXV, CCCXXVIII, CCCXLII), ou aux membres droits (CCL, CCLXIII, CCLXXI) ; il y a eu aussi rigidité générale (CCXXVIII, CCXXIX, CCCXXII). La contracture a une fois alterné avec les convulsions (CCXXII). Le resserrement spasmodique des mâchoires a eu lieu plusieurs fois (CCXXX, CCXLIV, CCCVI, CCCVII, CCCXXIII, CCCXXIV).

XXV. La sensibilité est quelquefois éteinte dans toutes les parties (CCCXVIII, CCXX, CCXXIV, CCXXVII, CCXCVII, CCCV, CCCIX, CCCXVII, CCCXIX), ou elle l'est surtout dans les membres

(1) Membre supérieur (le droit) : CCLVIII, CCCXXX. — Le membre inférieur (le gauche) : CCXVIII.

(2) CCXXVIII, CCLII, CCLVI, CCCIV, CCCV, CCCVI, CCCIX, CCCXIII, CCCXVII, CCCXIX.

(3) CCLXXX, CCLXXXIII, CCCXVI.

(4) Obs. CCXXIII, CCXL, CCXLVI, CCCXV, CCCXVII, CCCXXXI, CCCXXXVIII, CCCXXXIX.

privés du mouvement; on a constaté cette coïncidence dans les membres gauches (CCXXVI, CCXXIX, CCXXXIII, CCXXXVI, CCXLV, CCXLIX, CCLIV, CCLXIV), et dans les membres droits (CCXXX, CCL, CCLXIII, CCLXXXV). Plusieurs fois aussi, on s'est assuré que la sensibilité était conservée dans les membres paralysés (CCXLIV, CCLIII, CCLIX, CCLXVIII, CCCI); des mouvements réflexes ont pu être provoqués dans des parties qui semblaient privées de sensibilité (CCXXIX, CCXXXIV, CCXXXVII, CCLXIII, etc.).

XXVI. La respiration a présenté une gêne extrême dans les cas très graves; elle est devenue lente, irrégulière, suspirieuse et stertoreuse dans lès derniers moments. Elle ne s'accomplissait qu'avec effort. L'air de l'expiration soulevait la joue rendue inerte par l'hémiplégie. Il y a eu souvent des bâillements.

XXVII. Le pouls a été lent, fréquent, plein, faible, etc.

XXVIII. Huit malades ont éprouvé des vomissements. Dans quinze cas, la déglutition a été très difficile ou même entièrement impossible. Les évacuations ont été souvent involontaires.

XXIX. La température du corps a présenté quelques changements. Elle s'est élevée d'une manière générale (CCXLII, CCCXI CCCXVIII, CCCXXV); elle a présenté un degré et quelques fractions de plus du côté paralysé (CCXXIII, CCXXXIV, CCCVII); mais on a trouvé d'autres fois le membre paralysé plus froid que l'autre (CCLXVIII, CCCXX, CCCXXII).

XXX. Par la disposition donnée aux faits, on a pu s'apercevoir que l'hémorrhagie des lobes moyens est susceptible, et d'entraîner une mort rapide, et de subir des modifications heureuses qui permettent une amélioration sensible ou même les apparences d'un rétablissement réel (CCXXXV, CCXLI, CCLXXXII, CCCXVII). L'apparente guérison a été suivie d'une rechute toujours très grave. On a vu, d'ailleurs, les malades vivre pendant plusieurs années, malgré les altérations, il est vrai fort atténuées, que leur cerveau recélait.

XXXI. Les 127 observations d'hémorrhagies cérébrales

dont il s'agit dans cette section, ont eu leur *siége* dans un ou dans les deux lobes moyens du cerveau. Chez 12 sujets, ces deux lobes avaient été occupés successivement ou simultanément. Chez 115, un seul lobe avait contenu le foyer hémorrhagique; 63 fois c'était le lobe moyen droit, et 52 fois le lobe moyen gauche. Le premier l'emporte donc d'un onzième à peu près. Le lobe affecté était situé du côté opposé à celui où l'hémiplégie s'était montrée, excepté dans quatre cas fournis par d'illustres observateurs. Dans l'un, rapporté par Brunner et que j'ai signalé déjà à un autre point de vue (CCLXXVI), l'hémiplégie et les lésions cérébrales avaient été à gauche. Lorsque Morgagni recueillit l'observation dans laquelle la résolution des membres et le foyer hémorrhagique s'étaient trouvés à droite (CCXIX), il fut frappé de cette coïncidence et il la fit remarquer à ses élèves. Le troisième cas, dû aux frères Wenzel (CCCXXVIII), offrait à gauche la paralysie et la lésion cérébrale. Voilà donc trois exceptions très exactement constatées. Le quatrième cas a été observé par Bright (CCLXVII).

XXXII. C'est dans un point quelconque de la substance médullaire du lobe moyen, dans le centre ovale, que s'est produit l'irruption sanguine. Il en est résulté un foyer plus ou moins large, qui s'est le plus souvent étendu jusqu'au voisinage du corps strié, de la couche optique ou de la paroi du ventricule, lesquels lui ont servi de limites. L'hémisphère en a été rendu plus saillant, quelquefois un peu aplati et fluctuant, ou rénitent, selon l'étendue du foyer et l'état du sang contenu.

XXXIII. Le sang renfermé dans cette cavité était encore liquide, plus souvent coagulé; il pouvait offrir différents degrés de concrétion et de consistance, formant une masse dure ou une sorte de gelée. Le sang encore fluide est épais, noir, rougeâtre, ou il est mêlé de sérosité. Quand les caillots sont un peu anciens, ils prennent la teinte acajou ou grisâtre, ou ils se décolorent. Quand l'épanchement de sang s'est fait en plusieurs attaques successives, on distingue des nuances diverses.

XXXIV. Les parois de la cavité hémorrhagique sont, dans les premiers temps, inégales, irrégulières, comme tomenteuses, et déchirées, d'une couleur rouge-noirâtre, teintes par le sang encore liquide et par les petits caillots disséminés autour de la masse principale. On y voit des saillies irrégulières, des fragments que l'immersion fait flotter. C'est là qu'on a pu distinguer, parmi ces petits prolongements arrondis et pédiculés, des concrétions distendant les tuniques artérielles devenues anévrysmatiques. Ces concrétions sont surtout formées d'hæmatoïdine; mais quand la mort est rapidement survenue, le sang y est encore liquide et rouge (CCXXIX, CCXXXIV). On y a vu aussi des vaisseaux rupturés (CCXIX).

XXXV. A la fin du premier mois, on a trouvé souvent les parois du foyer déjà moins inégales, tapissées par une membrane mince, molle, demi-transparente, d'une légère teinte jaunâtre, grisâtre ou rosée. Bientôt cette néo-membrane devient vasculaire; elle a l'aspect d'une muqueuse accidentelle fine et fragile. Au bout de quelques mois, ayant enveloppé et isolé le caillot et lui formant un kyste, elle a acquis une certaine densité, elle résiste à la distension, elle est épaisse et adhère plus ou moins aux parois qu'elle revêt. Sa surface interne est lisse et paraît perspirable comme une séreuse.

XXXVI. Vers cette époque, c'est à dire à la fin de la première année, le sang coagulé ou liquide a peu à peu diminué. Le kyste a paru affaissé, flasque; il est quelquefois preque entièrement vide (CCLX, CCLXXII, CCLXXVIII), ou du moins il ne contient qu'un peu de liquide roussâtre, couleur de rouille, dans lequel on reconnaît à peine les éléments du sang dont il a pris la place.

XXXVII. On constate, à ces diverses époques, des changements notables dans la partie du cerveau qui entoure immédiatement ce foyer apoplectique. D'abord extrêmement ramollie, d'une teinte rouge-noirâtre ou brune, constituée par une pulpe qui résulte du mélange intime du sang

et de la substance cérébrale, parsemée de petits caillots distincts qui lui donnent un aspect pointillé, elle passe ensuite à une couleur gris-jaunâtre, et sa teinte se rapproche un peu de l'état normal. Mais la modification la plus importante est celle de la consistance. En même temps que le sang a peu à peu disparu du foyer hémorrhagique, la mollesse de la substance cérébrale environnante a diminué pour faire place à une certaine fermeté et même souvent à une véritable induration; car il est rare que ce tissu réorganisé reprenne exactement les conditions de l'état normal. C'est dans le cours de la seconde année que cette transformation se complète. Si, dans quelques cas, la substance cérébrale est demeurée molle autour du foyer, c'est que le travail hémorrhagique n'avait pas cessé, et qu'on rencontrait encore des foyers récents (CCLXXV, CCLXXXIV).

XXXVIII. La disparition du sang, celle du fluide qui l'avait remplacé, la réorganisation de la substance cérébrale voisine, le rapprochement, et enfin le contact des parois du foyer, amènent une sorte de cicatrice toujours apparente, formant une trace linéaire assez dense et d'une teinte grisâtre ou jaunâtre.

XXXIX. Telle est la marche suivie ordinairement dans les cas heureux où l'hémorrhagie cérébrale n'entraîne pas la mort. Mais on ne constate pas toujours les diverses particularités qui viennent d'être signalées. La production pseudo-membraneuse prend quelquefois l'aspect de prolongements, de brides, s'étendant d'une paroi à l'autre (CCLVII, CCLXXVIII). La cavité est plus ou moins anfractueuse. Son affaissement est irrégulier. Le kyste a disparu de bonne heure par son union complète ou partielle avec les tissus environnants, ou il a offert des dégénérations variées; il a même pu s'encroûter de lamelles cartilagineuses (CCLXXXIII). Rarement on a rencontré dans la cavité hémorrhagique des indices d'inflammation, c'est à dire du pus (CCXLI, CCLXII). Le travail qui s'opère dans la transformation et la cicatrisation du tissu cérébral serait probablement enrayé par la coïncidence d'un état phlegmasique.

XL. Les deux lobes moyens du cerveau peuvent être affectés, mais c'est presque toujours successivement; à peine si j'ai pu réunir cinq exemples d'hémorrhagies simultanées.

XLI. Lorsque le foyer s'ouvre à la surface du cerveau, le sang s'infiltre sous la pie-mère; mais il peut vaincre la résistance des méninges, et on le trouve largement étendu jusqu'à la base, enveloppant le cervelet et la moelle allongée. La substance cérébrale est fortement ramollie et ecchymosée sur le trajet que le sang a parcouru au delà du foyer hémorrhagique.

XLII. La rupture du foyer du côté des ventricules peut s'opérer sur divers points, par la déchirure de la paroi la plus voisine, par une perforation dans la cavité digitale (CCCXXXV), par la dilacération du corps strié ou de la couche optique, ou enfin par une déchirure entre ces deux organes (CCCXXIV). Le sang qui fait irruption dans le ventricule le remplit rapidement, brise le septum lucidum, s'étend dans les cavités adjacentes. Quelques jours après, on trouve dans les ventricules du sang liquide, du sang coagulé, ou une sérosité rougeâtre.

XLIII. La rupture simultanée du foyer à la surface du cerveau et dans les ventricules constitue le désordre le plus considérable de cette section des hémorrhagies cérébrales. Une couche de sang couvre les hémisphères, pénètre dans leur intervalle, le corps calleux est rompu, les ventricules sont remplis et imprégnés de sang. Ce fluide s'est répandu sur le rocher et dans les fosses de la base du crâne.

XLIV. Indépendamment des lésions vasculaires indiquées en parlant des parois de la cavité hémorrhagique, quelques autres changements peuvent être offerts par les artères cérébrales. On a vu la basilaire et l'une des sylviennes dilatées (CCXXIX), et différentes branches artérielles athéromateuses (CCXXII, CCXXVII), épaissies (CCCVI), ou cartilagineuses (CCLXXXIII, CCCXVI), ou encroûtées de sels calcaires (CCCIX, CCCXXIV).

XLV. On a observé chez vingt-cinq sujets la coïncidence de l'hypertrophie du cœur et de diverses altérations des valvules de cet organe. On a vu quelquefois le foie volumineux, congestionné, etc.

3e SECTION. — HÉMORRHAGIES DES LOBES POSTÉRIEURS DU CERVEAU.

Les lobes postérieurs continus, sans ligne de démarcation, avec les lobes moyens, sont moins souvent que ceux-ci affectés d'hémorrhagies. De grandes analogies existent malgré la différence précise du siége de la maladie.

Un des lobes postérieurs est ordinairement affecté seul. Mais le foyer peut s'ouvrir à la surface du cerveau ou dans les ventricules, ou dans les deux directions à la fois. De là les quatre séries dans lesquelles les faits vont être rangés.

§ I. — Hémorrhagie circonscrite dans les lobes postérieurs du cerveau.

CCCXLVe Obs. — Fille, quatre ans, lymphatique, faible. Juillet, vomissements, malaise, état comateux, fièvre, paralysie des membres droits, mouvements convulsifs et contracture du même côté. Mort au bout d'un mois. — Vaisseaux méningiens pleins de sang. Arachnoïde épaissie, tapissée de plaques de fausses membranes. Environ seize grammes de sérosité dans les ventricules. Au centre du lobe postérieur droit du cerveau, petit caillot de sang, allongé, de la grosseur d'un noyau de cerise, entouré d'une pulpe molle, jaunâtre, pointillée de rouge [1].

CCCXLVIe Obs. — Homme; à l'âge de dix-huit ans, première attaque d'apoplexie, hémiplégie droite; à trente-cinq ans, nouvelle attaque, avec hémiplégie à gauche, mais qui se dissipe au bout de quinze jours. Huit jours avant la mort, le sujet se rend à l'hôpital à pied; il avait alors des douleurs au côté gauche de la tête, de l'agitation, du délire. — A la partie postérieure et interne de l'hémisphère gauche, trois petits kystes, plus gros que des noyaux de cerise, à parois denses et épaisses, contenant une matière noirâtre, dure, sèche et friable, que M. Guérard a reconnu par l'analyse

[1] Dégranges, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1841, p. 164.

n'être que du sang. La substance cérébrale environnante est jaune, rougeâtre, dure, de consistance cartilagineuse et presque osseuse ([1]).

CCCXLVII° Obs. — Homme, trente et un ans, de forte constitution, cou court, sujet aux hémorrhagies nasales, buveur, ayant eu des chagrins. Céphalalgie, étourdissements, éblouissements. 16 janvier au matin, perte de connaissance, hémiplégie gauche; face rouge, vultueuse, veines du cou dilatées; respiration lente, inégale, avec dilatation du côté droit du thorax et immobilité du gauche; pouls dur, fort, fréquent; sensibilité émoussée à gauche; somnolence; pupille gauche plus contractée que la droite; chaleur plus élevée à droite; bouche déviée. (Saignée jugulaire.) Mieux. (Émétique.) Le 17, mort. — Vaste foyer dans le lobe postérieur gauche, s'étendant jusqu'au voisinage du corps strié ([2]).

CCCXLVIII° Obs. — Femme, quarante ans, maigre, souffrances morales, attaque d'apoplexie, hémiplégie droite qui persiste. Le pouvoir de diriger les mouvements des yeux est aussi très diminué. Mort, au bout de quinze jours, par une deuxième attaque. — Le lobe postérieur gauche contient un coagulum ferme, noir, au milieu de la substance cérébrale, dans une cavité plus large qu'il n'est volumineux, et qui renferme aussi de la sérosité; cette cavité semble formée par la destruction de la partie correspondante du cerveau; ailleurs, cet organe était normal; mais, autour de la cavité, sa substance était très ramollie, et il y avait beaucoup de sérosité dans les ventricules ([3]).

CCCXLIX° Obs. — Homme, quarante-cinq ans, père de famille, sédentaire, mélancolique. Octobre 1823, douleur dans les membres gauches avec affaiblissement de ces parties, douleur au bras droit avec gonflement à l'union de la clavicule et du sternum. Quelque temps après, étourdissement, chute, et hémiplégie à gauche. L'émétique irrite l'estomac et nuit; les ventouses scarifiées à la nuque, les vésicatoires, le régime, etc., produisent de l'amélioration. Plus tard, indigestion, vomissements, hoquet, diarrhée, et mort le 28 décembre 1824. — L'arachnoïde présente, à la partie supérieure du cerveau, des plaques blanchâtres. Infiltration séreuse de la pie-mère. En dehors de l'extrémité postérieure du ventricule latéral droit, kyste à parois épaisses, tapissé par une membrane inégale, formant des loges qui contiennent de petits caillots de sang noir et dur. Sur ces parois rampent des vaisseaux sanguins. Derrière ce

([1]) Trochon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, p. 137.

([2]) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris*, p. 335.

([3]) Howship, *Practical Observ. in surgery and morbid anatomy*. London, 1816, p. 48.

kyste, dans le lobe postérieur, s'en trouve un autre plus étendu, renfermant une humeur jaunâtre, très liquide, semblable au sérum du sang; et, de plus, un caillot de sang de la grosseur d'un noyau de cerise; parois épaisses et très vasculaires. Clavicule cariée, et même détruite, dans son tiers interne ([1]).

CCCL^e Obs. — Tailleur, quarante-huit ans, pléthore, embonpoint. Paralysie du bras gauche depuis un an, faiblesse du membre inférieur du même côté. Somnolence, respiration ronflante, bras gauche fléchi, immobile, appliqué sur le tronc. — Vaisseaux méningés pleins de sang. Substance médullaire parsemée de points rouges par la section des vaisseaux dilatés. Sérosité rougeâtre dans les quatre ventricules. Quelques vésicules dans les plexus choroïdes. A la partie postérieure de l'hémisphère droit, cavité pouvant loger une petite noix, remplie de sérosité rousse, creusée dans les substances corticale et médullaire, desquelles un kyste très mince la sépare. Le cerveau est jaunâtre autour de cette cavité, mais ferme comme dans le reste de son étendue ([2]).

CCCLI^e Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, teint animé. Attaque d'apoplexie. Le lendemain, paralysie du côté droit, peau naturelle, langue chargée, constipation, pouls fréquent et faible. Deux heures après son admission à l'hôpital Saint-George, ce malade a une seconde attaque, qui dure un quart d'heure, et pendant laquelle il éprouve une grande agitation. Pupilles contractées, paroles incohérentes, air effaré; l'hémiplégie persiste; puis respiration stertoreuse, coma. Mort le dix-septième jour. — Un caillot de sang de la grosseur d'une noix est situé derrière le ventricule latéral gauche. Substance blanche voisine consistante, mais de couleur chocolat, et, dans un endroit, largement ecchymosée. Pas de production membraneuse ou d'apparence de kyste. Corps strié ayant une teinte jaunâtre et deux dépressions qui correspondent à des petits kystes à parois brunes, de nature fibreuse, restes d'anciennes hémorrhagies. Cerveau ferme; ventricules latéraux larges, mais presque vides. Toutes les artères fortement athéromateuses. Cœur adipeux; ventricule gauche contracté. Reins granuleux, avec substance corticale atrophiée. Poumons partiellement hépatisés et emphysémateux ([3]).

CCCLII^e Obs. — Peintre en bâtiments, cinquante-cinq ans; coliques plusieurs fois. Août; tout à coup, perte de la parole et du

([1]) Desruelles, *Bulletin de la Société médicale d'Émulation de Paris*, 1824, p. 343.
([2]) Prost, *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*. Paris, t. II, p. 439, 1804.
([3]) Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1855, t. VI, p. 39.

mouvement des membres droits; les paupières droites s'ouvrent moins; yeux sensibles à la lumière; bouche tirée à gauche et en haut; la langue, en sortant de la bouche, se dévie à droite; membres droits paralysés souples; assoupissement, évacuations involontaires, respiration bruyante. Sensibilité obtuse dans les membres paralysés; diarrhée; le malade entend et ne peut répondre; gémissements, tête renversée en arrière, pouls misérable, stertor. Mort le seizième jour. — Vaisseaux de la pie-mère très engorgés. Dans le lobe postérieur gauche, large foyer (pouvant contenir une pomme d'api) plein de sang de couleur de rouille, liquide et coagulé. La cavité est tapissée par une membrane celluleuse très fine; la substance cérébrale voisine est rosée et ramollie. Intérieur de l'estomac et de l'intestin un peu rouge (1).

CCCLIII° Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, adonné aux spiritueux. 9 août, céphalalgie, vertiges, pesanteur de tête, fièvre, nausées, vomissement, face rouge, front chaud, pouls 96 et fort; palpitations de cœur, langue jaune et chargée, urine sédimenteuse. Le 13, après une course à cheval, attaque graduelle d'hémiplégie gauche, délire, vomissement, stupeur, respiration stertoreuse. Mort le 17. — Grande vascularité de la dure-mère et de la surface du cerveau. Circonvolutions déprimées; substance cérébrale injectée. Au centre du lobe postérieur droit, cavité pouvant loger un œuf de poule, pleine de sang coagulé, fourni par de petits vaisseaux et non par la rupture d'un gros tube. Apparence hydatique des plexus choroïdes. Trois gros de sérosité dans les ventricules et six à la base du crâne. Cervelet très vasculaire. Cœur large. Plusieurs calculs dans la vésicule biliaire. Muqueuse gastrique très injectée (2).

CCCLIV° Obs. — Homme, mort dix mois après une attaque d'apoplexie, dont le symptôme principal était la perte complète de la parole. Toutefois, celle-ci fut progressivement et complètement rétablie. — Kyste apoplectique à la partie la plus postérieure de l'hémisphère cérébral gauche. Pas de lésion des lobes antérieurs (3).

CCCLV° Obs. — Femme, atteinte d'apoplexie il y a dix ans; jambe droite paralysée; il y a sept semaines, deuxième attaque, hémiplégie droite du mouvement; il y a un mois, troisième attaque, hémiplégie droite complète, diminution de la sensibilité, trouble intellectuel, perte de la mémoire, perte de la parole; accès épileptiforme, vomis-

(1) Andral. *Clinique médicale*, 1833, t. V, p. 316.

(2) Mills et Namara, *Medico-chir. Review*, nov. 1829, p. 205.

(3) Observation recueillie dans le service de M. Piedagnel, *Bullet. de la Société anatomique*, 1840, p. 13.

sement, écume à la bouche. — Hémisphère droit et moitié antérieure du gauche sains; moitié postérieure de ce dernier malade, offrant, au voisinage de la cavité ancyroïde, une masse dure de six centimètres de longueur sur quatre d'épaisseur, molle au centre, blanche sur les bords, avec taches brunes çà et là, et masse fibrineuse jaune, rougeâtre, du volume d'une noisette ([1]).

CCCLVI° Obs. — Femme, abus des spiritueux, aliénation mentale héréditaire; démence; à cinquante-neuf ans, hémiplégie à gauche, avec contracture du bras, embarras de la parole, gêne de la marche. A soixante et un an, stupeur, rigidité des muscles, diminution des forces. Mort rapide. — Excavation lisse et vide dans le lobe postérieur droit. Plusieurs taches ecchymotiques dans la substance corticale de chaque hémisphère cérébral ([2]).

CCCLVII° Obs. — Femme, soixante-deux ans. Attaque d'apoplexie; paralysie des membres inférieurs, du bras droit et de la langue, qui persiste pendant cinq mois. Rétablissement de la faculté de parler et de mouvoir le bras; à soixante-trois ans, tentative de suicide, puis fréquentes attaques d'épilepsie pendant trois ans. Mort subite en janvier. — Embonpoint. Crâne épais, éburné, injecté. Dans le lobe postérieur gauche du cerveau, en arrière et au-dessus du ventricule, au milieu de la substance blanche, cicatrice jaunâtre à l'extérieur, rouge et brunâtre à l'intérieur, contenant dans son centre une espèce de noyau blanchâtre, d'un aspect pierreux, non organisé, dur et résistant, ayant en tous sens cinq à six lignes de diamètre. Le reste de ce lobe offre, ainsi que le cervelet, une grande dureté. Hémisphère droit dans l'état normal. Poumons emphysémateux. Cœur énorme; ossification des valvules aortiques. Sérosité dans le péricarde et dans la plèvre droite. Foie hypertrophié. Estomac phlogosé, etc. ([3]).

CCCLVIII° Obs. — Homme, soixante-neuf ans. En février, paralysie du bras gauche. — Épanchement considérable de sang; caillots consistants et séparés, logés dans le lobe postérieur droit du cerveau, s'étendant jusqu'au dessus de la voûte du ventricule ([4]).

CCCLIX° Obs. — Homme, soixante-neuf ans, robuste, sanguin, sédentaire, faisant bonne chère. En juillet, il tomba subitement sur le côté gauche. Paralysie gauche; face rouge, assoupissement; œil

([1]) Hérard, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 147.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 149.
([3]) Scipion Pinel, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1825, t. V, p. 341.
([4]) Serres, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 419.

droit ouvert, fixe, douloureux. Commissure droite des lèvres tirée en haut; sensibilité conservée, respiration difficile, fréquente, stertoreuse; évacuations involontaires. Mort le quatrième jour. — Circonvolutions presque effacées à droite. Dans le lobe postérieur droit du cerveau épanchement de deux onces de sang liquide et coagulé. Substance cérébrale environnante réduite en bouillie ([1]).

CCCLX^e Obs. — Sérrurier, soixante-douze ans. En décembre 1828, attaque d'apoplexie; hémiplégie gauche, pupilles normales, langue non déviée, commissure droite tirée en dehors, parole embarrassée, urine involontaire. En juin suivant, marche impossible, parole plus difficile, coma. Mort en novembre 1829. — Sérosité sous l'arachnoïde. Foyer apoplectique considérable, occupant les lobes moyen et postérieur droits; au centre, énorme caillot demi-fluide, couleur chocolat. Ventricules vides. Ramollissement superficiel de la couche optique, du corps strié droit et du corps calleux ([2]).

CCCLXI^e Obs. — Femme, soixante-treize ans, hémiplégie droite, avec contracture chronique consécutive et flexion forcée des doigts, ayant provoqué de la suppuration dans la paume de la main; démence. Mort au bout de quatre ans et demi; dans les derniers six mois, paralysie et contracture de la jambe gauche. — Ancien kyste apoplectique près de la surface du lobe postérieur gauche tapissé par une membrane, entouré par la substance cérébrale indurée. Dans le même hémisphère, près du corps calleux, et s'étendant dans son épaisseur, large plaque de matière médullaire indurée. Couche optique gauche aplatie, et de moitié plus petite que la droite ([3]).

CCCLXII^e Obs. — Homme, soixante-quinze ans. Depuis quatre mois, faiblesse, inappétence. 19 septembre au réveil, étourdissement, paralysie du côté gauche, léger embarras de la parole. 18 octobre, céphalalgie, colique; 22, mieux; 26, délire, agitation, puis affaiblissement, fièvre. Mort le 14 novembre. — Trois onces de sérosité à la base du crâne; un peu dans les ventricules. Dans le lobe postérieur droit, au-dessus du ventricule, caverne irrégulièrement allongée, contenant une sorte de bouillie formée par la substance cérébrale, et, au centre, une lame fibrineuse d'un rouge pâle et assez dense. Le lobe opposé offre un ramollissement sans fibrine. Le reste du cerveau est sain ([4]).

([1]) Mérat, dans Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 401.

([2]) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 297.

([3]) Romberg, *On diseases of the nervous system*, traduit de l'allemand (*Sydenham Society*), t. II, p. 421.

([4]) Rochoux, *Recherches sur l'apoplexie*, p. 188.

CCCLXIII[e] Obs. — Femme, soixante-seize ans, faible constitution. 29 janvier, attaque d'apoplexie; le 30, stupeur, difficulté de parler, pupilles dilatées peu sensibles à la lumière, face pâle, libre exercice des mouvements des membres supérieurs et inférieurs, langue tremblante, sans déviation. 5 février, retour de la connaissance; quelques mots sont articulés, des aliments sont pris le même jour avec avidité; bientôt après, coma, mouvements convulsifs et mort. — Une certaine quantité de sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules. Dans le lobe postérieur droit, à demi-pouce de la surface, cavité longue d'un pouce et demi, remplie de sang en caillots. Cerveau assez mou (1).

CCCLXIV[e] Obs. — Vieillard. Attaque d'apoplexie, réponses nulles; ouïe obtuse; mais ni mouvements convulsifs, ni contracture, ni hémiplégie. — A la partie postérieure de l'hémisphère droit, en dehors et au-dessus du ventricule latéral, foyer apoplectique qui atteignait la partie postérieure du corps strié. Il contenait un caillot sanguin récent de la grosseur d'un œuf de poule. Substance cérébrale environnante ramollie, rouge, brune, piquetée, et plus loin teinte jaunâtre (2).

§ II. — Hémorrhagie dans l'un des lobes postérieurs du cerveau. Foyer ouvert à la surface de l'hémisphère.

CCCLXV[e] Obs. — Tailleur, vingt-trois ans. Phthisie pulmonaire. Otorrhée, surdité, hémiplégie faciale gauche, sans lésion de la sensibilité et sans paralysie des membres. Angine tonsillaire, ulcération du pharynx, ganglions sous-maxillaires. Intelligence parfaite. Mort subite. — Destruction des parois de l'oreille moyenne; perforation de la membrane du tympan; perte de substance de la face supérieure du rocher. Dure-mère ulcérée en ce point, au voisinage duquel la substance du cerveau et du cervelet est brunâtre et ramollie. Le pédoncule cérébelleux moyen et la moitié gauche du pont de varole sont également ramollis. Sous l'arachnoïde de l'hémisphère gauche, épanchement de sang, principalement sur le lobe postérieur; en ce point, le cerveau présente une perte de substance capable de loger une noisette. Il y a un caillot de sang qui paraît être récent; il est couvert des lambeaux d'une membrane fine. Il n'y a ni phlébite, ni encéphalite (3).

(1) Lerminier, *Annuaire des Hôpitaux*, 1819, p. 232, — et Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 417.

(2) Secretain, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 78, p. 12.

(3) Dumont, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 203.

CCCLXVI° Obs. — Serrurier, quarante-deux ans, constitution forte. Depuis deux mois, accès fréquents d'épilepsie, pas de trouble intellectuel, bon appétit, respiration, circulation à l'état normal; puis dyspnée, râle sibilant, battements du cœur forts et étendus avec léger bruit de frottement, son mat dans la région du cœur. Les accès consistent principalement en perte de connaissance, quelquefois précédés de cris, d'embarras de la tête, de faiblesse, et accompagnés de quelques mouvements convulsifs. Ni contracture, ni paralysie, ni douleur dans les membres, ni lésion intellectuelle. Mort le 9 mars, après un sentiment de grande faiblesse. — Hypertrophie du cœur; ossification des valvules aortiques; caillots décolorés dans le ventricule droit. A la partie supérieure du lobe postérieur gauche du cerveau, près de la faux, sous l'arachnoïde, infiltration de sang noir, et dans l'épaisseur du même lobe, sur la limite du lobe moyen, caillot noir rougeâtre, du volume d'une noix, ramolli et désorganisé. La substance cérébrale environnante est jaunâtre, piquetée, ramollie; plus loin, elle est dense. Pas de kyste. Substance de l'hémisphère un peu sablée ([1]).

CCCLXVII° Obs. — Homme, cinquante-deux ans; contrariétés, abus des alcooliques. Dérangement de l'intelligence, gêne de la parole; accès de manie, état de fureur; coma. Mort en quelques heures. — Congestion des vaisseaux de la pie-mère autour de l'hémisphère gauche. Caillots dans l'arachnoïde. Vaste excavation pleine de sang ayant envahi le lobe postérieur et perforé la surface externe et les méninges. L'épanchement s'étend jusqu'au voisinage du ventricule ([2]).

CCCLXVIII° Obs. — Femme, cinquante-neuf ans. Il y a deux ans, congestion cérébrale; neuf mois après, traumatisme grave des membres inférieurs. Il y a deux mois, perte de connaissance; air stupide; roideur alternative des sterno-mastoïdiens, contracture des membres droits, main gauche fléchie sans contracture, membres inférieurs dans la demi-flexion; paroles incohérentes; évacuations involontaires; conjonctives injectées; pupilles étroites; sensibilité conservée; perceptions lentes au membre inférieur droit. Au bout de trois mois, convulsions épileptiformes, avec mouvement de la tête à droite, avec perte de connaissance et état stertoreux. Mort. — Dans la cavité arachnoïdienne gauche, caillot noir arrondi, qui déprime le lobe postérieur et pénètre, par un large orifice déchiqueté, dans la substance de ce lobe, lequel est ramolli et jaunâtre, ainsi que le corps strié, la couche optique, le corps calleux et la voûte. Dans

([1]) Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 291.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 499.

le corps strié droit, cicatrice dure, linéaire, entourée de parties ramollies et de teinte ocrée, vestiges d'anciens foyers hémorrhagiques. Artère basiliaire très volumineuse, tortueuse, indurée. Artères en général indurées. Quelques-unes oblitérées par des thrombus. Induration des valvules du cœur gauche [1].

CCCLXIXe Obs. — Homme, soixante-sept ans. Perte de connaissance, hémiplégie droite, flaccidité; deuxième jour, roideur prononcée du genou droit. Mort trente-six heures après le début. — Épanchement considérable dans le lobe postérieur gauche; déchirure étroite du foyer et un peu de sang récemment épanché dans l'arachnoïde [2].

CCCLXXe Obs. — Menuisier, soixante-neuf ans. Juin, perte subite de connaissance, revenue au bout de vingt heures; paralysie au bras droit du sentiment et du mouvement. Dix-huitième jour, coma, teinte violacée; sensibilité du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs, qui se meuvent vivement quand ils sont pincés; pouls dur et fréquent; respiration précipitée. Mort le vingtième jour. — Dans le lobe postérieur gauche, cavité de la grosseur d'une noix, contenant un caillot de sang noirâtre; à la partie supérieure de ce foyer existe une perforation conduisant dans une anfractuosité, où du sang soulève la pie-mère. Parois du foyer rouges et un peu molles. Les grosses artères de la base offrent de nombreuses plaques cartilagineuses ou osseuses. Hypertrophie des deux ventricules du cœur; dilatation du gauche; ossifications aux valvules aortiques et à l'aorte [3].

CCCLXXIe Obs. — Femme, quatre-vingt six ans. Attaque d'hémiplégie incomplète; conservation de la connaissance. Troisième jour, coma, roideur dans les membres inférieurs. Mort quelques heures après. — Foyer considérable dans le lobe postérieur droit du cerveau avec petite déchirure et un peu de sang demi-liquide épanché dans la cavité de l'arachnoïde [4].

§ III. — Hémorrhagie dans un lobe postérieur du cerveau; foyer ouvert dans les ventricules.

CCCLXXIIe Obs. — Homme, soixante-six ans, de constitution faible, maigre, indolent, assoupi; chagrins. En juillet, il tombe sans

[1] Bouchard, Thèses de Paris, 1866, nº 328, p. 34, 2e obs.
[2] Durand-Fardel, *Archives*, 4e série, t. II, p. 306.
[3] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 319.
[4] Durand-Fardel, *Archives*, 4e série, t. II, p. 305.

connaissance. Pâleur, yeux fermés, forte contraction de l'orbiculaire gauche ; yeux convulsivement tournés en haut et à droite ; pupilles dilatées, immobiles ; narine gauche affaissée, bouche déviée à droite ; écume à la bouche, joues soulevées par l'air expiré. Le malade comprend, mais ne peut parler. Sensibilité conservée dans le côté droit, diminuée dans le côté gauche. Bras gauche en résolution ; membre inférieur gauche moins paralysé ; mouvements conservés à droite. Carphologie, respiration pénible, pouls 86. Troisième jour, aggravation, intellect conservé. Stertor, carphologie, urines abondantes, pouls 110. Quatrième, yeux fermés, paralysie étendue au côté droit, qui est insensible ; urines involontaires, pouls filiforme, 140. Mort. — Dans le corps strié gauche, kyste de la grosseur d'une noix, tapissé par une membrane épaisse, dure, jaunâtre, sillonnée à l'intérieur par des brides celluleuses nombreuses. Ventricule latéral gauche plein de sérosité colorée en rouge. Ventricule droit plein de sang et de caillots, communiquant par une ouverture étroite avec un énorme foyer creusé aux dépens du corps strié, de la couche optique et de la substance blanche de l'hémisphère, spécialement dans le lobe postérieur droit. Ce foyer a 4 ou 5 pouces de long, contient un caillot du volume d'un œuf ; tout le pourtour est ramolli, réduit en putrilage, parsemé de lamelles et de fibrilles. Un petit foyer se trouve dans le corps strié droit. Poumon droit un peu enflammé ; les autres organes sains (1).

CCCLXXIII^e Obs. — Porteur d'eau, soixante-douze ans ; première attaque d'apoplexie le 15 décembre. Paralysie des membres gauches, embarras de la langue, réponses difficiles. Diminution de la paralysie, surtout de la jambe, puis du bras ; air stupide ; parole difficile. 25 janvier, délire, convulsions, et mort le 26. — Cerveau consistant, sérosité dans le ventricule gauche. Ventricule droit communiquant par une petite ouverture avec une cavité creusée dans le lobe postérieur droit. Cette cavité renferme de petits caillots, et est tapissée par une membrane lisse et polie, paraissant se continuer avec l'arachnoïde des ventricules. Substance cérébrale environnante réduite en bouillie jaunâtre (2).

CCCLXXIV^e Obs. — Homme, soixante-douze ans. 20 septembre, le soir, gêne dans les mouvements, embarras de la parole, céphalalgie intense. Deuxième jour, bras gauche contracté et privé de sentiment. Intelligence intacte, face colorée, parole embarrassée,

(1) Parra d'Andert, Thèses de Paris, 1837, n° 149, p. 8.

(2) Bricheteau, *Journal complémentaire*, 1818, t. I, p. 146, — et Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 412.

langue non déviée. Douleur vive au côté droit de la tête. Jours suivants, fièvre, délire, pupilles insensibles; légères pertes de connaissance. Mort le sixième jour. — En quelques points, épaississement, opacité de l'arachnoïde; pie-mère injectée, infiltrée de sang. Au dessous du cervelet, dans le lobe postérieur droit et le ventricule du même côté, grande quantité de caillots. Parois du foyer offrant un ramollissement profond et formant une sorte de chevelu qui surnage dans l'eau; teinte jaunâtre, avec pointillé rouge. Parois du ventricule droit ramollies en arrière, du côté du foyer, saines ailleurs. Hémisphère droit normal. Cœur volumineux; ses ventricules dilatés sans hypertrophie (1).

§ IV. — Hémorrhagie d'un lobe postérieur du cerveau. Foyer ouvert à la surface de l'hémisphère et dans les ventricules.

CCCLXXVe Obs. — Garçon, quatorze ans, bonne santé, travaillant dans une fabrique de tricot, rentre chez sa mère, à un mille de distance de la ville, le 12 novembre. Il se plaignait de malaise. Froid, frissons, puis chaleur; grande céphalalgie; mieux le 13; mais les 14 et 15, délire. Violents efforts pour se gratter le nez et les yeux; on ne peut l'en empêcher que par force. L'enfant paraissait mieux quand sa tête était appuyée contre le sein de sa mère. Vue altérée. Convulsions, roideur des membres, insensibilité. Mort le cinquième jour. — A l'ouverture, on trouve la pupille gauche dilatée et la droite contractée; beaucoup de sang extravasé sous la dure-mère, sur l'hémisphère gauche. Ventricule latéral gauche très distendu par un coagulum; rupture directe dans la substance du lobe postérieur gauche; trajet plein de sang coagulé et s'ouvrant dans une grande cavité qui en était aussi remplie. Les parois de cette cavité sont parsemées d'inégalités d'une couleur brune foncée, que ne détachent pas les ablutions d'eau répétées. Le coagulum qui s'était formé sous la dure-mère provenait de la cavité hémorrhagique. Vaisseaux de la surface du cerveau pleins de sang (2).

CCCLXXVIe Obs. — Garçon, quatorze ans, misère extrême. En mars, courbature, faiblesse, céphalalgie, agitation, fièvre; grincements de dents, délire furieux, évacuations involontaires. Deuxième jour, frissons, face livide; abolition de l'intellect, yeux fixes; dilatation des pupilles, immobilité de l'iris; stertor, écume à la bouche, insensibilité; pouls presque imperceptible. Mort. — Sinus pleins de

(1) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1838, p. 279, et *Archives*, 4e série, t. II, p. 303.
(2) Clarke, *Med. Report for Nottinghan, Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1809, t. V, p. 263.

sang; épanchement sanguin dans le lobe postérieur droit, avec déchirure cérébrale, d'une part dans les anfractuosités voisines, de l'autre dans le ventricule latéral; substances médullaire et corticale ramollies et jaunâtres. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Ulcérations anciennes des intestins grêles; quelques vers lombrics ([1]).

Résumé des observations d'hémorrhagies des lobes postérieurs du cerveau.

I. Ces observations, au nombre de 33, se partagent en :

1° Hémorrhagies qui sont demeurées circonscrites dans l'un des lobes postérieurs..................	21
2° Celles dont le foyer s'est ouvert à la surface du cerveau................................	7
3° Celles dont le foyer s'est ouvert dans le ventricule voisin.............................	3
4° Celles dont le foyer s'est ouvert à la surface et dans les ventricules......................	2
	33

II. Les sujets appartenant au sexe masculin étaient au nombre de 23, et ceux du sexe féminin étaient réduits à 10, c'est à dire moins que le tiers.

III.	1 enfant avait...........		4 ans.
	3 individus	avaient......	de 14 à 18 ans.
	1 —	—	23 ans.
	2 —	—	de 31 à 40 —
	3 —	—	de 41 à 50 —
	6 —	—	de 51 à 60 —
	6 —	—	de 61 à 70 —
	7 —	—	de 71 à 80 —
	1 —	—	86 ans.
	30		

L'hémorrhagie des lobes postérieurs du cerveau est donc susceptible de se montrer à toutes les époques de la vie; mais elle est rare chez l'enfant.

IV. La constitution a été tantôt forte, tantôt faible, le

([1]) Gelbert, *Archives*, 1827, t. XV, p. 204.

tempérament sanguin ou nerveux, l'embonpoint développé ou la maigreur très grande.

V. Quelques sujets étaient adonnés à l'usage des spiritueux (CCCXLVI, CCCLIII, CCCLXVII), à la bonne chère (CCCLIX); d'autres vivaient dans la misère (CCCLXXVII).

VI. Plusieurs avaient eu de longs chagrins (CCCXLVI, CCCXLVIII, CCCLXVI, CCCLXXI).

VII. Les antécédents pathologiques sont les suivants :

Un peintre avait été atteint de colique métallique (CCCLII).

Deux individus étaient dans un état d'aliénation mentale, et chez l'un d'eux cet état morbide était héréditaire (CCCLVI, CCCLXVI).

Un malade était épileptique depuis quelques mois, et offrait des symptômes de maladie du cœur (CCCLXVI).

Un autre avait eu des congestions cérébrales (CCCLXVII).

Un phthisique était affecté d'otorrhée, avec surdité, hémiplégie faciale, et pharyngite. L'hémorrhagie, évidemment amenée par un travail pathologique propagé aux méninges et à la substance cérébrale, fut immédiatement mortelle (CCCLXV).

VIII. Les prodromes ont été, dans six cas, assez prononcés; ils consistaient en étourdissements, éblouissements, céphalalgies fréquentes, douleurs dans les membres, vertiges, vomissements, embarras de la parole, défaillances, faiblesse.

IX. L'invasion a eu lieu dans seize cas d'une manière soudaine, inopinée, par une perte de connaissance plus ou moins prolongée.

Elle s'est opérée aussi par un fort étourdissement (CCCXLIX, CCCLXII), par la perte de la parole, par l'hémiplégie sans perte de connaissance (CCCLII); par des mouvements convulsifs (CCCLXV), par des vomissements (CCCLXXV), par le froid, des frissons, de la fièvre (CCCLXXVI); enfin, d'une manière insensible et graduelle (CCCLIII).

X. Chez plusieurs malades, on a pu remarquer une forme spasmodique ou ataxique des symptômes; c'était une cépha-

lalgie quelquefois extrêmement vive, du délire, de l'agitation, des convulsions, des grincements de dents, la démangeaison du nez, etc. (CCCLXII, CCCLXVIII, CCCLXXIII, CCCLXXIV, CCCLXXXV, CCCLXXVI). Parmi les faits qui ont offert cette forme, il en est deux surtout très remarquables par la similitude d'âge, de sexe, de symptômes et de lésions. C'étaient deux garçons de l'âge de quatorze ans, chez lesquels la céphalalgie, le délire, les mouvements convulsifs, les grincements de dents, la dilatation des pupilles, l'insensibilité, les évacuations involontaires, etc., dénotaient un trouble profond de l'innervation plutôt qu'une hémorrhagic cérébrale. Il n'y avait, ni paralysie, ni contracture (CCCLXXV, CCCLXXXVI).

XI. La forme paralytique et comateuse a été la plus fréquente; elle s'est montrée chez les trois quarts des sujets.

Il y a eu hémiplégie gauche...........	11	fois [1].
Paralysie du bras gauche.............	2	— [2].
Hémiplégie droite....................	8	— [3].
Paralysie du bras droit...............	1	— [4].
Paralysie du bras droit et des membres inférieurs........................	1	— [5].
	23	

On voit une légère prédominance du côté gauche. On peut remarquer aussi que les membres supérieurs ont eu leur paralysie spéciale; mais même, dans les cas d'hémiplégie, le bras était plus affecté que la jambe. La face a été souvent atteinte par l'hémiplégie.

Chez quelques sujets, il y a eu paralysie et convulsions (CCCXLV, CCCLV, CCCLVII, CCCLXIII).

XII. La parole a été embarrassée, difficile ou incohérente dans plusieurs cas; mais elle a été complètement enrayée

(1) CCCXLVII, CCCXLIX, CCCL, CCCLIII, CCCLVI, CCCLIX, CCCLX, CCCLXII, CCCLXXI, CCCLXXII, CCCLXXIII.
(2) CCCLVIII, CCCLXXIV.
(3) CCCXLV, CCCXLVI, CCCXLVIII, CCCLI, CCCLII, CCCLV, CCCLXI, CCCLXIX.
(4) CCCLXX.
(5) CCCLVII.

chez cinq sujets (CCCLIII, CCCLIV, CCCLV, CCCLVII, CCCLXXII), dont quatre étaient hémiplégiques du côté droit et un du côté gauche.

XIII. Les pupilles ont été, dans quelques cas, soit dilatées (CCCLXIII, CCCLXXI, CCCLXXVI), soit rétrécies (CCCXLVII, CCCLI, CCCLXVII). La vue a été obscure (CCCLXXV) et l'ouïe dure (CCCLXIV).

XIV. Chez quelques sujets, il y a eu contracture des membres paralysés, gauches (CCCL, CCCLVI, CCCLXXIV), ou droits (CCCXLV, CCCLXV), renversement de la tête en arrière (CCCLII), ou même rigidité générale (CCCLVI).

XV. La sensibilité a été quelquefois émoussée aux membres privés de mouvement (CCCXLVII, CCCLXXIII, CCCLXXV); d'autres fois, on a constaté son intégrité (CCCLIX, CCCCXVIII, CCCLXX).

XVI. Parmi les symptômes généraux qui ont été notés, on peut citer la gêne de la respiration, le stertor; dans un cas, on a observé que le thorax était presque immobile du côté de l'hémiplégie; chez le même individu, la chaleur était plus basse dans le côté paralysé (CCCXLVII). Les évacuations ont été souvent involontaires; le pouls fréquent, dur ou faible.

XVII. La marche des hémorrhagies des lobes postérieurs a été généralement moins rapide que celle des précédents. Toutefois, on compte quelques exemples de mort assez prompte ou survenue au bout de peu d'heures (CCCLXVII, CCCLXIX, CCCLXXI), de deux (CCCXLVII, CCCLXXVI), quatre (CCCLIX, CCCLXXII), cinq (CCCLXXV), six (CCCLXXIV), huit (CCCLXIII), quinze (CCCLXLVIII), seize (CCCLII), dix-sept (CCCLI) jours; mais, assez souvent, la maladie s'est améliorée, et la vie a pu se prolonger un mois (CCCLXXIII, CCCLXXIV), plusieurs mois (CCCXLIX, CCCLIV, CCCLX, CCCLXII, CCCLXIV, CCCLXVIII), un an (CCCL), plusieurs années (CCCLVI, CCCLVII, CCCLXI), même dix (CCCLV) et vingt ans (CCCXLVI).

XVIII. Les lésions principales ont occupé 18 fois le lobe droit et 15 fois le lobe gauche, se trouvant du côté opposé

à celui de l'hémiplégie, excepté dans deux cas. Ces cas exceptionnels sont fournis par les observations CCCXLV et CCCXLVI, recueillies chez des sujets jeunes.

XIX. Les foyers hémorrhagiques ont présenté, comme dans la section précédente, d'abord une cavité plus ou moins large, remplie de sang encore liquide ou coagulé. On a remarqué de bonne heure la néo-membrane destinée à servir de kyste au sang épanché. Elle était déjà formée, dans un cas, au seizième jour (CCCLII) ; et, dans un autre, où la paroi ventriculaire était perforée, cette fausse membrane, développée au quarantième jour, dans le foyer hémorrhagique, semblait déjà se continuer avec l'épendyme (CCCLXXIII). Le kyste a pris l'épaisseur, la fermeté, la vascularité qu'il a offertes dans la précédente localisation. Parfois, des brides celluleuses s'étendaient d'une paroi à l'autre.

XX. La perforation périphérique ou ventriculaire du foyer hémorrhagique a constitué une complication grave. La présence de caillots volumineux à la surface du cerveau ou dans les ventricules a hâté la terminaison funeste de la maladie. Les deux derniers cas (CCCLXXXIV et CCCLXXVI), que j'ai déjà cités sous le rapport des symptômes, méritent encore une mention au point de vue de la double perforation du foyer hémorrhagique. Des faits de ce genre sont très propres à mettre en défaut le diagnostic, quand on voit tant de désordres avec la symptomatologie d'un état simplement ataxique ou spasmodique; mais il est probable que l'effusion sanguine si copieuse fut la catastrophe terminale de la maladie.

XXI. Les parties du cerveau voisines du foyer ont offert la couleur et la diffluence qui dénotent l'infiltration sanguine. Cette substance s'est ensuite modifiée comme il a été déjà expliqué. Une influence notable s'est produite dans le même hémisphère bien au delà du pourtour du foyer, chez une femme qui avait eu quatre ans avant une apoplexie, et dont le lobe cérébral postérieur gauche recélait un kyste apoplectique parvenu à sa dernière période et avec induration de la

substance cérébrale; la couche optique du même côté présentait une atrophie très marquée (CCCLXI).

XXII. Les vaisseaux sanguins encéphaliques ont offert quelques altérations, comme un état athéromateux (CCCLI) ou cartilagineux, ou osseux des artères (CCCXX). Dans un cas, l'artère basilaire était très volumineuse (CCCLXVIII).

XXIII. Chez douze sujets, il existait une lésion organique du cœur, hypertrophie ou altération des valvules. On a vu dans un cas l'hypertrophie du foie, et dans un autre la vésicule biliaire pleine de calculs.

4e SECTION. — HÉMORRHAGIES DES LOBES ANTÉRIEURS.

Les hémorrhagies des lobes antérieurs du cerveau appellent l'attention à cause de l'importance fonctionnelle attribuée à ces lobes. Il y aura d'abord à considérer l'hémorrhagie bornée à l'un des lobes, puis les résultats de la perforation du foyer.

§ I. — Hémorrhagie circonscrite dans les lobes antérieurs du cerveau.

CCCLXXVIIe Obs. — Femme, vingt-deux ans, souffrant beaucoup depuis deux ans de rhumatisme des membres et de la tête; quelquefois délire et paralysie temporaire. En janvier 1810, longue marche, le temps étant assez doux. Cette femme ayant la tête faible s'attarde dans les rues de Londres, et ne pouvant aller plus loin s'asseoit sur le seuil d'une porte. A minuit, un watchman lui ordonne de s'en aller; elle répond ne pouvoir. On la conduit au corps-de-garde, où elle passe le reste de la nuit, ne voulant ni s'approcher du feu, ni boire, ni manger. On la croit ivre; cependant, lorsqu'on la presse de questions, elle répond raisonnablement. Elle reste comme hébétée, silencieuse, mais non assoupie. Elle prend des remèdes sans difficulté; mais elle devient de plus en plus stupide, inattentive, et le cinquième jour elle expire. — Pie-mère très vasculaire et rougie par une infiltration sanguine autour du cerveau. Dans la partie supérieure du lobe antérieur droit, coagulum au centre de la substance médullaire; là, un vaisseau s'était rompu et avait laissé couler une once de sang. Ce coagulum fut trouvé dans un état gélatineux

et presque fluide, tandis que l'extravasation de la pie-mère présentait plus de consistance, de fermeté et de sécheresse (1).

CCCLXXVIII° Obs. — Femme, quarante ans. 10 avril 1821, céphalalgie, vomissements, hémiplégie droite et perte de la faculté d'articuler les mots, coma, rétablissement au bout de huit à dix jours. En août 1822, nouvelle attaque; le côté droit est de rechef paralysé. Amélioration, mais faiblesse des membres affectés; gêne de la parole et confusion des idées. Ces symptômes se dissipent en grande partie; et plus de deux ans après (décembre 1824), troisième attaque avec paralysie du côté gauche, coma, dysphagie, et mort le quatrième jour. — Un caillot de sang du volume d'un œuf de pigeon occupe la partie antérieure de l'hémisphère droit, à peu de distance du ventricule. Dans le lieu correspondant du lobe antérieur gauche se trouve un kyste obliquement dirigé en arrière, ayant un pouce de long et autant de largeur, tout à fait vide, revêtu par une membrane molle, rougeâtre (2).

CCCLXXIX° Obs. — Homme, quarante-quatre ans. Albuminurie. 22 janvier, perte de la parole, légère hémiplégie faciale droite, intelligence presque intacte. En février, la parole se rétablit. Mort le 22 avril. — Deux foyers convertis en kystes contenant quelques gouttes de liquide, l'un de la grosseur d'un pois, l'autre trois fois plus gros, situés dans le lobe antérieur gauche, dans la substance blanche de la troisième circonvolution frontale, la couche grise restant intacte (3).

CCCLXXX° Obs. — Capitaine du génie, intelligent, devenu aliéné. A cinquante-un ans, fourmillement, sentiment de pesanteur; paralysie et contracture du bras, puis de la jambe gauches; cris. Le malade dit ce qu'il éprouve; cependant sa prononciation est embarrassée, mais l'intellect conserve son activité. Disparition graduelle, mais incomplète des symptômes précités. Au bout de six ans, asphyxie par l'introduction accidentelle d'un aliment solide dans le larynx. — Dans le lobe cérébral antérieur droit, sorte de cicatrice fibro-celluleuse, aboutissant par une sinuosité profonde jusqu'au côté externe du corps strié, et remplie par une production celluleuse et vasculaire, comme soudée à la substance cérébrale. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur (4).

CCCLXXXI° Obs. — Homme, cinquante-sept ans; il tombe sans

(1) Howship, *Practical Obs. in surg. and morbid anatomy*. London, 1816, p. 42.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 387.
(3) Dieulafoy (service de M. Jaccoud), *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 229.
(4) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 619.

connaissance et ne la recouvre que le lendemain. Trois jours après, intelligence obtuse, difficulté d'articuler quelques paroles et de remuer la langue, face rouge, yeux injectés, commissure gauche des lèvres tirée en haut; paralysie du mouvement des membres droits, non privés de sensibilité; urines involontaires; pouls fréquent, extrémités froides. Mort le neuvième jour. — Foyer dans le lobe antérieur gauche, pouvant loger un œuf, rempli d'un gros caillot et ayant ses parois jaunâtres. Corps strié, ventricules sains, pas de ramollissement ([1]).

CCCLXXXII^e Obs. — Femme, soixante-un ans, embonpoint plus qu'ordinaire. Depuis trois ou quatre ans, oppression, toux. Depuis un ou deux ans, étourdissement, pesanteur de tête, sans perte de connaissance. 20 décembre, fort étourdissement. La malade appelle à son secours. Affaiblissement du côté gauche et hémiplégie. Délire persistant, pouls un peu irrégulier, eschare au sacrum. Mort quarante-sept jours après l'invasion. — Dans la faux, quelques points osseux; dans le lobe antérieur droit, en dehors du corps strié, au dessus du niveau du corps calleux, caverne allongée, inégale, traversée par des brides filamenteuses contenant un liquide séreux et un détritus de substance cérébrale. Au devant de cette cavité, deux ou trois plus petites, et une autre logée dans le corps strié, contenant également de la sérosité. Substance cérébrale environnante diffluente. Plus en avant, sous les circonvolutions, encore une cavité assez grande, à parois rougeâtres, fermes, accolées, contenant quelques gouttes de liquide. Sérosité dans le péricarde, aorte parsemée de quelques lamelles osseuses ([2]).

CCCLXXXIII^e Obs. — Homme, soixante-cinq ans. Hémiplégie droite subite avec perte de connaissance. Perte de la parole, qui est remplacée par des signes très peu intelligibles. Dysphagie pendant trois semaines. Au bout d'un an, rétablissement de l'action musculaire; parole très imparfaite, un mot étant prononcé pour un autre, puis elle s'améliore; intellect faible, réponses presque nulles; mémoire très infidèle, impossibilité d'écrire, oubli des lettres. Après deux ans, parole plus facile, toutefois hésitation et répétition des dernières syllabes. Intellect borné, parfois confusion en parlant et surtout en écrivant, mais possibilité de lire correctement. Mort d'une maladie rénale. — Dans le lobe antérieur gauche du cerveau, cavité en partie remplie par du tissu cérébral désagrégé, du volume d'une noix, intéressant les substances grise et blanche, limitée en

([1]) Andral, *Clinique médicale*, 1833, t. V, p. 313.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 116, 2e édition, p. 184.

dehors par les méninges et par le prolongement qui recouvre la scissure de Sylvius. Corps strié gauche sain, ainsi que le reste du cerveau. Lésion organique du cœur (1).

CCCLXXXIVe Obs. — Femme, soixante-treize ans. Décembre, perte de connaissance, chute, parole difficile, membres droits paralysés incomplètement. Mouvements plus faciles de la jambe droite, bras contracté. Amélioration, puis aggravation, et mort le quarante-sixième jour. — Méninges pâles, hémisphère gauche du cerveau ramolli en arrière; en avant, cavité elliptique, oblongue, tapissée par une fausse membrane épaisse, gris-rougeâtre. Ramollissement commençant au lobe postérieur droit, de l'étendue d'une noisette (2).

CCCLXXXVe Obs. — Homme, soixante-quinze ans, d'assez forte constitution. Il raconte qu'après un déjeuner sobre, il a senti sa jambe gauche se fléchir; il est tombé sans perdre connaissance. Hémiplégie gauche; intelligence nette; la sensibilité persiste; état semi-comateux; contracture des membres paralysés, et même de ceux du côté opposé; langue non déviée; urines et selles involontaires; céphalalgie frontale à droite, pupilles dilatées, respiration naturelle, pouls plein, assez lent, régulier. Amélioration dans l'état des membres paralysés, mais eschare au sacrum. Mort le quarante-troisième jour. — Foyer sanguin du volume d'un œuf de poule dans le lobe antérieur droit du cerveau. Le caillot est noir, brunâtre, grumeleux, infiltré, et baignant dans une sérosité rougeâtre. Parois de la caverne légèrement tomenteuses, comme organisées en fausse membrane, au-delà de laquelle le tissu cérébral est sain. Couches optiques, corps striés, etc., à l'état normal (3).

CCCLXXXVIe Obs. — Femme, soixante dix-huit ans, ayant cessé d'être réglée à trente-neuf ans, sujette à des hémorrhagies utérines pendant quelque temps. 24 juin, vertiges, perte de connaissance, paralysie du mouvement et du sentiment des membres droits; mobilité des deux pupilles; pouls lent, mou, irrégulier; respiration longue, un peu bruyante; déjections involontaires; raison presque entièrement abolie, chants incohérents, loquacité, puis taciturnité. La malade répond assez bien; la mémoire se maintient pour les choses actuelles, non pour les événements antérieurs. 7 juillet, mouvements involontaires et tétaniques dans les membres gauches; accès de fureur avec vociférations pendant la nuit, pupille droite immobile.

(1) Russel, *Medical Times and Gazette*, 9 sept. 1865. (*Archives*, 1866, 6e série, t. VII, p. 99.)

(2) Baucheron, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1825, n° 5, p. 24.

(3) Forget, *Gazette médicale*, t. VI, 1838, p. 789.

15 juillet, assoupissement, respiration précipitée, pouls faible et très fréquent. 17, mort (vingt-troisième jour). — Cerveau injecté. Lobe antérieur gauche, près et au-dessus de la voûte orbitaire, offrant une désorganisation de la substance cérébrale, réduite en une espèce de lie de vin, dans laquelle se trouvent des parties non organisées d'apparence jaunâtre. Une sorte de kyste jaunâtre se trouve à la partie supérieure de cette altération et contient une sérosité gélatiniforme traversée par un grand nombre de vaisseaux sanguins. L'altération semble s'étendre jusqu'au ventricule, qui est rempli d'une sérosité roussâtre. L'hémisphère droit est aussi très désorganisé à sa partie antérieure; il est comme en suppuration et réduit en une espèce de bouillie, qui s'écoule aussitôt que l'arachnoïde est enlevée. Cette altération pénètre profondément jusqu'au ventricule et s'étend supérieurement à la substance corticale. Le reste de l'hémisphère est très injecté. Cervelet volumineux, mou. Poumon hépatisé. Cœur très volumineux. Parois du ventricule gauche offrant quelques ossifications. Orifice de l'aorte rétréci (1).

CCCLXXXVII° Obs. — M. C..., négociant, âgé de soixante-dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin et nerveux, ayant la peau brune et beaucoup d'embonpoint, usant sans excès des liqueurs spiritueuses, sujet à des douleurs arthritiques et ayant eu une affection singulière des voies urinaires (2), jouissait depuis sept ans d'une excellente santé, lorsque le 14 mai 1829, dans la soirée, étant allé se promener, il eut des vertiges, perdit connaissance et tomba. Rapporté quelques heures après chez lui, il reprit l'usage de ses sens, articula quelques mots et put remuer ses divers membres. Le lendemain, il était assoupi, avait sa connaissance, mais ne pouvait parler et ne remuait qu'avec peine la main droite. (Saignée du bras; sangsues derrière l'oreille gauche; révulsifs, etc.) Au bout de quelques jours, l'intelligence semblait parfaitement rétablie; les idées, le jugement, la volonté, s'exprimant par des signes, paraissaient intactes, tandis que l'usage de la parole était absolument suspendu. Peu à peu, la main droite reprit de la force, les jambes soutinrent le corps, la locomotion put s'effectuer, les diverses fonctions se régularisèrent, la parole seule ne se rétablissait pas; aucun mot ne pouvait être articulé. Néanmoins, à force de tentatives, quelques monosyllabes furent, au bout d'un long temps, prononcées, mais toujours avec peine.

A la fin de septembre 1830, M. C..., étant à la campagne, tomba

(1) Scipion Pinel, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1825, t. V, p. 350.

(2) J'en ai donné la description dans : *Mémoires et Observations de Médecine clinique et d'Anatomie pathologique*. Bordeaux, 1830, p. 179.

gravement malade. C'étaient des symptômes abdominaux qui dominaient. Il succomba le 6 octobre.

Nécropsie. — Embonpoint considérable. Larges ecchymoses sur les régions postérieures du tronc et des membres. A l'ouverture du crâne, il ne s'écoule qu'une petite quantité de sang. La dure-mère adhère intimement aux os. Le sinus longitudinal, très dilaté vers le milieu de la voûte, reçoit plusieurs veines fort larges.

L'arachnoïde, sur la partie supérieure et moyenne du cerveau, est épaissie et recouverte d'un amas de petites granulations, surtout au voisinage du sinus. La pie-mère, rouge et consistante, unie intimement avec l'arachnoïde, se détache aisément de la substance corticale.

Cerveau ferme. A la partie moyenne et postérieure du lobe antérieur gauche, en dehors et en avant du corps strié, il existe une excavation d'un à deux centimètres de diamètre. A cette cavité en sont annexées quelques autres beaucoup plus petites. Elles ne contiennent que quelques gouttes d'une sérosité un peu trouble; leurs parois, d'une couleur blanche, semblable à celle de la substance médullaire, ne présentent pas de membrane distincte. Autour de ces cavités, dans l'épaisseur d'environ deux lignes, le tissu cérébral est un peu ramolli.

Les plexus choroïdes contiennent des vésicules pleines de sérosité. Les autres parties de l'encéphale n'offrent aucune lésion.

Estomac ample, d'une teinte rougeâtre; intestins en quelques points enflammés; foie et rate sains. Quelques altérations des voies urinaires, vestiges d'une ancienne maladie.

§ II. — Hémorrhagie des lobes antérieurs du cerveau avec rupture du foyer vers la périphérie.

CCCLXXXVIII° Obs. — Femme, quarante et un ans, ayant perdu son père et deux sœurs d'apoplexie; vie sédentaire et régulière. Un an avant, ulcère à une jambe, qui guérit au bout de six mois. Il y a trois mois, trouble de la vue; récemment, céphalalgie occipitale. Le 9 mars, après déjeuné, cécité subite, perte de connaissance, insensibilité, mouvements incessants des membres, mussitation, grincements des dents, bouche remplie d'écume, pouls faible. Motilité des membres droits diminuée, puis nulle; pouls 90, puis 110; anxiété; respiration suspirieuse; léger délire. 13 mars, hémorrhagie par la bouche, suivie d'amélioration; ensuite, état comateux, non continu; hémiplégie droite, pouls 120; refus des médicaments; fréquentes attaques qui ressemblent à celles de l'hystérie. Mort le 6 avril. — Sur la partie antérieure de l'hémisphère gauche, effusion considé-

rable de sang, et, en divisant cette partie, on trouve un caillot volumineux de sang noir, occupant au moins un tiers de l'hémisphère; au-dessous, et sans communication, un petit caillot jaune brun; et plus bas, près du ventricule, un troisième caillot aussi de couleur claire. Un peu de fluide dans le ventricule voisin. Hémisphère droit sain, ainsi que les autres parties de l'encéphale. Artères athéromateuses de manière à laisser leur calibre béant quand elles sont ouvertes. Cœur hypertrophié; ses cavités pleines de caillots fibrineux. Valvules saines; mais dépôts athéromateux près des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire. Épiploon recouvert d'un large caillot, qui s'étendait vers la surface inférieure du foie. Vésicule biliaire entièrement remplie de calculs. Substance des reins granuleuse (1).

CCCLXXXIX^e^ Obs. — Femme, cinquante-neuf ans, d'assez bonne santé, mais intempérante, irascible; non sujette aux vertiges, jamais de convulsion ni de paralysie. Subitement, le 29 mai, elle tombe de son siége sans se frapper la tête; elle est insensible pendant dix minutes, et, en reprenant connaissance, elle se roule par terre en proférant des paroles incohérentes. Bruits du cœur naturels, respiration non stertoreuse; pouls 80, jambes froides, le corps étant chaud; pupilles égales, un peu resserrées; face pâle, paupières fermées; quand on veut les ouvrir, la malade s'agite, se tourne de côté et d'autre, sortant ses jambes hors du lit et remuant beaucoup ses deux bras. Calme, puis retour de l'agitation. Mort en huit heures. — Extravasation de sang sous l'arachnoïde, recouvrant presque toute la surface des hémisphères, formant une couche assez épaisse sur les côtés et à la base, où elle a jusqu'à un demi-pouce d'épaisseur; elle s'étend de la commissure des nerfs optiques au commencement de la moelle épinière; elle est abondante autour du bulbe rachidien. Le sang est noir et coagulé. Le quatrième ventricule contient un caillot analogue. Le lobe antérieur droit présente une cavité remplie de sang, qui communique avec l'extravasation périphérique sous-méningienne. Elle pourrait contenir une châtaigne, et ne s'étend pas jusqu'au ventricule latéral, dont toutes les parties sont normales. Artères de la base du cerveau athéromateuses, et beaucoup de plaques jaunes opaques sont parsemées sur leurs branches; cependant, aucune rupture vasculaire ne peut être découverte. Cœur large, avec commencement d'altération graisseuse. Quelques plaques athéromateuses et calcaires à l'origine de l'aorte (2).

(1) Stewart, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1855, t. VI, p. 383.
(2) Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 388.

§ III. — Hémorrhagie des lobes antérieurs du cerveau, avec rupture du foyer dans le ventricule latéral voisin.

CCCXC° Obs. — Femme, cinquante ans, étant, en mai, sur une charrette qu'elle conduisait, est frappée d'apoplexie, vomit, et reste la tête pendante sur le devant de la charrette. Côté droit sans mouvement, respiration stertoreuse, mort bientôt après. — Méninges très injectées; cerveau consistant, injecté. Au milieu du lobe antérieur gauche, cavité de la largeur d'un œuf, remplie de caillots et de sang noir. Parois brunâtres et mollasses s'ouvrant à la partie antérieure du ventricule gauche, rempli, ainsi que le droit, de sang fluide ou coagulé. Corps cannelé gauche un peu altéré, septum rompu, restes de gastrite, intestins rouges contenant des lombrics, trois invaginations de l'iléon (¹).

CCCXCI° Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, tempérament sanguin, bonne constitution. Juin 1821, hépatite, puis fièvre intermittente. Janvier 1822, perte de connaissance et chute, rétablissement rapide; cependant persistance de la céphalalgie, tintements d'oreilles, vertiges. Amélioration, mais sommeil souvent troublé par des réveils en sursaut. Au bout de deux ans, nouvelle attaque qui laisse une hémiplégie à droite, laquelle résiste à tous les moyens. Le malade dit éprouver de fortes palpitations, de la dyspnée, des vertiges, une grande disposition au sommeil après les repas. Il a la face d'un rouge foncé, les yeux injectés, le pouls fort, fréquent, irrégulier. En apprenant qu'un de ses parents qu'il affectionne vient de mourir d'apoplexie, il perd connaissance et meurt sur-le-champ. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux cérébraux, membranes cérébrales très injectées. Dans le lobe antérieur gauche, petite poche caverneuse de la grosseur d'un œuf de pigeon, remplie de sang noir coagulé qui, à la surface, parait ramolli par une sérosité roussâtre. Autour de ce kyste apoplectique, substance cérébrale très altérée en bouillie jaunâtre. Près l'extrémité externe de la scissure de Sylvius gauche, grande quantité de sang récemment épanché, qui s'était fait jour dans le ventricule du même côté. Deux onces de sérosité à la base du crâne. Cœur très volumineux, ventricule gauche hypertrophié, valvules sigmoïdes cartilagineuses, quelques artères du tronc ou des membres ossifiées (²).

CCCXCII° Obs. — Femme, cinquante-cinq ans; elle avait eu une attaque (non observée) et repris l'usage de ses membres. 4 février

(¹) Vitry, Thèses de Paris, 1823, n° 100, p. 43.
(²) Sablairoles, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. IV, p. 164.

au matin, perte de connaissance, chute par terre; respiration sonore, sensibilité obtuse; agitation des membres; bras droit porté devant la poitrine, et main fermée avec quelques petits mouvements convulsifs; main gauche presque dans la même position, mais moins fléchie, tranquille, et pouvant facilement être redressée; membres inférieurs flexibles, immobiles. Respiration 28 à 32, avec expiration plaintive, et plus longue que l'inspiration; le buccinateur cède facilement à l'air expiré. Pouls au dessous de 50, un peu irrégulier; pupilles contractées, ne se resserrant pas à la lumière. La malade ne paraît pas avoir la conscience des impressions. Cependant, elle a un peu ouvert une ou deux fois les yeux; elle a avalé une mixture et des pilules. Main droite contractée et un peu agitée. 5 février, plus calme (saignée); pouls 100, petit. Le 6, déjections copieuses. La malade ne paraît ni voir ni entendre; néanmoins, elle baisse le menton comme pour montrer sa langue. Pas de déviation de la face. Le 8, pouls 120, respiration accélérée avec effort de l'expiration. Cette femme se prête encore assez bien pour essayer de boire, mais la déglutition est difficile et exécutée avec bruit; les yeux s'ouvrent un peu. Le 9, état de suffocation occasionné par beaucoup d'écume à la bouche. Mort dans la soirée. — Dure-mère très vasculaire, couverte de gouttelettes de sang. Pas d'épanchement séreux à la surface du cerveau. Circonvolutions aplaties. Large caillot de sang de 2 onces dans le lobe antérieur droit, s'étendant jusqu'à la substance corticale; il s'était frayé un passage au dessus du corps strié dans le ventricule droit. Ce ventricule était plein de sang, et un caillot solide en occupait la corne postérieure. Le septum lucidum était déchiré, et le sang s'était aussi répandu dans le ventricule gauche. Quelques points cartilagineux dans les vaisseaux cérébraux ([1]).

§ IV. — Hémorrhagie des lobes antérieurs du cerveau, avec rupture du foyer à la fois vers la périphérie et dans les ventricules.

CCCXCIII[e] Obs. — Femme, mulâtresse, cinquante-deux ans, grasse. Il y a un an, perte de connaissance, mais pas de paralysie; guérison. 25 avril, perte de connaissance complète pendant deux jours; impossibilité d'entendre et de parler, puis alternatives de délire et d'assoupissement; membres droits paralysés, pouls 84, délire, agitation; la malade parle beaucoup. Mort le treizième jour. — Vaisseaux céphaliques pleins de sang. A la partie interne du lobe antérieur gauche, cavité remplie par un caillot noir et mou,

([1]) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 285.

mêlé de fragments de substance cérébrale, qui est ramollie, presque diffluente aux environs. Sang extravasé sur la surface du lobe antérieur, soit au dessous, soit au dessus du feuillet viscéral de l'arachnoïde; il y a aussi du sang dans les ventricules latéraux, dans le troisième, et dans celui du cervelet. La face inférieure de cet organe offre une extravasation sanguine sous-arachnoïdienne [1].

Résumé des observations d'hémorrhagies des lobes antérieurs du cerveau.

I. Les faits relatifs à l'hémorrhagie des lobes antérieurs du cerveau ne sont qu'au nombre de 17, ainsi divisés :

Hémorrhagies circonscrites dans les lobes antérieurs....	11
— avec rupture du foyer à la périphérie.....	3
— — dans les ventricules.	2
— — à la fois à la périphérie et dans les ventricules.....................	1
	17

II. Ces 17 observations ont été recueillies chez six hommes et onze femmes.

III.	1	malade avait........	22 ans.
	1	autre —	40 —
	3	individus avaient....	de 41 à 50 ans.
	6	— —	de 51 à 60 —
	2	— —	de 61 à 65 —
	4	— —	de 73 à 79 —
	17		

IV. L'influence de l'hérédité a paru évidente chez un des malades (CCCLXXXVIII).

V. Plusieurs fois ont été mentionnées la force de la constitution et la prédominance du système sanguin.

VI. On a noté l'intempérance (CCCXXXIX) et une fatigue excessive (CCCLXXVII).

VII. Parmi les états morbides précédents, on cite l'aliénation mentale (CCCLXXX), les affections rhumatismales

[1] Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 16.

(CCCLXXVII, CCCLXXXVII), l'albuminurie (CCCLXXIX), un ulcère de la jambe guéri (CCCLXXXVIII).

VIII. Les phénomènes précurseurs qui ont eu lieu chez quelques malades ont été les pesanteurs de tête, les vertiges, les éblouissements, des troubles de la vue, un délire passager (CCCLXXVII), une céphalalgie, qui même était rapportée à l'occiput (CCCLXXXVIII).

IX. L'invasion a eu lieu par une perte subite de connaissance chez dix sujets. Quant aux autres, ils ont été pris de simples étourdissements ou de paralysie sans suspension complète des facultés sensoriales et intellectuelles.

X. L'intelligence a paru, chez quelques individus, troublée et engourdie (CCCLXXVII, CCCLXXVIII, CCCLXXXI). Il y a eu du délire (CCCLXXXIII, CCCLXXXVI, CCCLXXXVIII, CCCXCIII); mais, dans plusieurs cas, les facultés mentales ont paru s'exercer d'une manière à peu près normale (CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXV, CCCLXXXVII); en quelques autres, il est survenu un assoupissement plus ou moins profond (CCCLXXVII, CCCLXXXV, CCCLXXXVI, CCCXCIII).

XI. Quelques malades se sont plaints de céphalalgie (CCCLXXVIII, CCCLXXXV, CCCXCI).

XII. Voici comment se résume ce qui est relatif à l'exercice de la parole, indiqué d'une manière exacte chez douze sujets. L'articulation des sons est restée libre chez quatre malades (CCCLXXVII, CCCLXXXVI, CCCLXXXVIII, CCCXCI).

Elle a été embarrassée, gênée, difficile chez trois (CCCLXXX, CCCLXXXI, CCCLXXXIV).

Il y a eu, chez un malade, une sorte de mussitation (CCCLXXXVIII), et chez un autre des vociférations incohérentes (CCCXXXIX).

Enfin, la parole a été nulle, bien que l'intelligence ait paru s'exercer plus ou moins, chez quatre malades (CCCLXXVIII, CCCLXXIX, CCCLXXXIII, CCCLXXXVII). Ils ne pouvaient s'exprimer que par signes. J'ajoute un cinquième cas, dans lequel la parole, après avoir été complètement impossible, s'était ensuite rétablie (CCCXCIII).

XIII. Les symptômes relatifs à l'organe de la vue se bornent à un cas de cécité (CCCLXXXVIII), deux de resserrement (CCCLXXXIX, CCCXCIII), et un de dilatation (CCCLXXXV) des pupilles.

XIV. Il y a eu paralysie chez treize sujets, offrant les localisations suivantes :

Hémiplégie droite.....	7 fois	([1]).
Hémiplégie faciale droite	1 —	(CCCLXXIX).
Paralysie de la main droite.............	1 —	(CCCLXXXVII).
Hémiplégie gauche....	3 —	(CCCLXXX, CCCLXXXII, CCCLXXXIII).
Hémiplégie successivement droite et gauche	1 —	(CCCLXXVIII).

La paralysie a encore été plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs.

XV. La paralysie ayant manqué ou n'ayant pas été notée dans quatre cas, il y a eu, dans l'un, le trouble mental, l'engourdissement intellectuel déjà signalés (CCCLXXVII) ; chez un second, agitation violente, mouvements désordonnés produisant la rotation du corps, avec vociférations (CCCLXXXIX) ; le troisième présentait une contracture des membres supérieurs, surtout du droit (CCCXCII) ; et le quatrième offrait une alternative de délire et d'état comateux (CCCXCIII).

XVI Aucun n'a eu de convulsions ; mais on a observé des mouvements comme tétaniques dans les membres gauches chez un individu qui avait une hémiplégie droite (CCCLXXXVI), des mouvements désordonnés des membres, et des grincements de dents (CCCLXXXVIII).

XVII. Il y a eu quelquefois contracture des membres paralysés (CCCLXXX, CCCLXXXIV, CCCLXXXV).

XVIII. La sensibilité y a été conservée (CCCLXXXI, CCCLXXXV), parfois émoussée (CCCLXXXVI).

XIX. Il y a eu chez quelques malades des vomissements (CCCLXXVIII), de la dysphagie (CCCLXXVIII, CCCLXXXIII, CCCXCII), des évacuations involontaires.

[1] CCCLXXX, CCCLXXXIII, CCCLXXXIV, CCCLXXXVI, CCCLXXXVIII, CCCXC, CCCXCI.

XX. La marche de la maladie a offert des vicissitudes d'augmentation et de diminution, ou des attaques distinctes arrivant à de très longs intervalles (CCCLXXVIII). Il y a eu aussi diminution de quelques symptômes, de la paralysie, par exemple, mais persistance de la difficulté de la prononciation et d'une certaine faiblesse intellectuelle (CCCLXXXIII).

XXI. La durée de la maladie a été très variable; elle a rarement été très rapide. 2 fois elle s'est terminée en quelques heures; de cinq à treize jours, 4 fois; du vingt-troisième au quarante-septième jour, 6 fois; une fois au troisième mois, et 4 fois la maladie s'étant améliorée, il y eut prolongation de l'existence pendant un, deux, trois et six ans (CCCLXXVIII, CCCLXXX, CCCLXXXIII, CCCLXXXVII). La mort a pu être l'effet d'une vive émotion (CCCXCI).

XXII. Le *siége* de la lésion s'est trouvé, dans le lobe antérieur droit, 6 fois; dans le lobe antérieur gauche, 10 fois; et une fois le sang avait successivement coulé dans le lobe gauche et dans le lobe droit (CCCLXXVIII). Toutes les fois qu'il y a eu hémiplégie, elle a paru du côté opposé à la lésion. Un simple embarras de la parole a pu accompagner les hémorrhagies des lobes, soit droit, soit gauche; mais l'aphasie complète a coïncidé avec l'hémorrhagie du lobe gauche.

XXIII. Le foyer hémorrhagique, examiné dans les premiers jours, a présenté une cavité pleine de sang en partie coagulé. Dans un cas, il a été possible de reconnaître la rupture d'un vaisseau sanguin (CCCLXXVII).

XXIV. Dans les nécropsies faites du vingt-troisième au quarante-septième jour, on a plusieurs fois constaté la présence d'une néo-membrane tapissant le foyer.

XXV. Après une assez longue période, le kyste s'est présenté épais, dense, quelquefois vide (CCCLXXIX), intimement uni avec la substance médullaire (CCCLXXXI) ou fournissant des brides celluleuses destinées à rapprocher les parois, et offrant les apparences d'une sorte de cicatrisation.

XXVI. Lorsque le foyer s'est ouvert à la surface du lobe,

il a infiltré les méninges ; il a pu se répandre, vers la base, sur les nerfs optiques et jusqu'à l'entrée du canal rachidien.

XXVII. Lorsque le sang s'est frayé une route vers les ventricules, il a rempli successivement ces cavités, en ayant rompu la cloison qui les sépare.

XXVIII. Il a été question dans quelques faits d'artères encéphaliques athéromateuses (CCCLXXXIX, CCCLXXXVIII) ou cartilagineuses (CCCXCII), d'hypertrophie du cœur (CCCLXXX, CCCLXXXIII, CCCLXXXVI, CCCXXXVIII, CCCXXXIX, CCCXLI), de calculs biliaires, de reins granuleux (CCCLXXXVIII), etc.

Appendice. — *Hémorrhagie du corps calleux ou mésolobe.*

Je ne connais qu'un exemple d'hémorrhagie du corps calleux exempte de complication. Ce fait, bien qu'isolé, ne saurait être passé sous silence, ne serait-ce qu'à cause du nom de l'observateur habile et judicieux qui l'a publié.

CCCXCIV° Obs. — Femme, vingt-cinq ans. Mai, accouchée à terme. Six semaines avant, il y avait eu un œdème général. Trois jours après l'accouchement, frisson, chaleur, léger délire, assoupissement. Lentéur, embarras des réponses, mais questions bien comprises. Pas de céphalalgie ni d'autre douleur. Chaleur de la peau; un peu de fréquence du pouls et de dyspnée, râle sibilant. Lochies naturelles, œdème général, pâleur blafarde, légère fluctuation de l'abdomen. (Saignée, couenne rougeâtre). Deuxième jour de la maladie, affaissement, assoupissement; membres faibles, sans rigidité; pouls fréquent. Troisième jour, assoupissement plus grand; pas de réponses. Proéminence des globes oculaires. Pupilles dilatées, dyspnée. Hypogastre et membres sensibles à la pression. Quatrième jour, coma complet, insensibilité; résolution générale, pupilles non dilatées, dyspnée, stertor; pouls insensible. Mort. — Œdème général. Méninges saines. Corps calleux sablé de points rouges gros comme des têtes d'épingles. Il y a un mélange intime du sang avec la substance cérébrale, sans ramollissement de celle-ci. Quelques points analogues sur les couches optiques. Rien de notable ailleurs dans l'encéphale et la moelle, ni dans les autres organes (1).

(1) Dance, *Archives*, t. XXVIII, p. 332.

Séries supplémentaires des hémorrhagies cérébrales. — *Coïncidences d'hémorrhagies des lobes cérébraux, de la substance corticale et des méninges.*

Il n'est pas inutile, sans toutefois y insister par des commentaires ou des résumés, de rapprocher ici quelques observations d'hémorrhagies complexes offrant des exemples de coïncidences de celles déjà étudiées en particulier. Ces simultanéités de lésions exercent sur la symptomatologie des influences variées qu'il est bon de connaître, et dont les faits seuls peuvent donner une idée exacte.

A. — *Coïncidences d'hémorrhagies dans des lobes cérébraux différents.*

CCCXCV[e] Obs. — Couturière, trente-cinq ans, maigre, tempérament nerveux, affections morales vives. Le 3 juin, attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie gauche incomplète; puis contractures saccadées du côté paralysé. 28 juillet, agitation la nuit, chute hors du lit. 29, perte de connaissance, trismus, stertor, salive écumeuse, pouls lent, presqu'insensible, yeux fermés, pupilles contractées, surtout la gauche, langue non déviée. Mort le 31. — Dans le lobe antérieur droit, hémorrhagie dont le foyer s'étend jusqu'au corps calleux; le sang a pénétré dans le troisième ventricule et dans le ventricule latéral droit. Deuxième foyer plus ancien dans le lobe moyen du même côté, rempli par une sérosité jaunâtre et tapissé par une membrane d'apparence muqueuse (1).

CCCXCVI[e] Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, embonpoint, occupations sédentaires; attaque le 30 avril; le malade tombe de sa chaise, privé de sentiment; un quart d'heure après, il est encore insensible; il a le pouls lent, plein, dur. (Saignée abondante; purgatif.) Il peut un peu parler; quelques jours après, il reprend ses occupations. Le 19 juin suivant, deuxième attaque, deuxième saignée, mais moins efficace. (Purgatif; vésicatoire sur la tête.) Le deuxième jour, mieux. Le troisième jour, stupeur (troisième saignée); il reprend la parole et le mouvement du côté droit; la parole est cependant encore embarrassée; quatrième saignée, après laquelle il parle mieux, mais le côté gauche reste parfaitement insensible. 24 juin, faiblesse, dégoût des aliments. Mort le 4 juillet. — Dans le

(1) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 305.

lobe antérieur gauche, coagulum de couleur brune pesant cinq onces; autour, le cerveau paraît plus ferme qu'ailleurs. Dans le lobe moyen droit, un coagulum qui pèse cinq onces. Artères de la base malades, mais non ossifiées ([1]).

CCCXCVII[e] Obs. — Homme, soixante-six ans, pléthorique. 13 juillet, attaque d'apoplexie; décubitus dorsal, écume à la bouche, turgescence de la face, perte absolue de connaissance, suspension de la sensibilité tactile et de la myotilité volontaire; puis yeux renversés, mouvements violents, automatiques, évacuations involontaires. Amélioration; mais parole embarrassée, côté gauche faible. 19 octobre, nouvelle perte de connaissance et du mouvement; parole très gênée, hémiplégie gauche complète, coma, déglutition impossible. Mort le 23. — Dans le centre des lobes antérieur et moyen droits, vaste épanchement de sang liquide et de fibrine coagulée et noirâtre. Déchirure extérieure du lobe antérieur avec effusion de sang sous la pie-mère, sur toute la surface de ce lobe. Petite cavité à teinte de rouille dans le lobe postérieur droit. Hémisphère gauche et les autres parties de l'encéphale à l'état normal ([2]).

CCCXCVIII[e] Obs. — Homme. Apoplexie et hémiplégie il y a trois ans. Démence. Dix jours avant de mourir, délire, convulsions, coma. — Ventricule droit du cerveau rempli de sérosité roussâtre. A la partie supérieure de l'hémisphère droit, cavité étroite, longue d'un pouce et demi, tapissée par une membrane lisse, épaisse, blanchâtre, ayant contracté des adhérences avec les parois aux deux extrémités de la caverne. Deuxième cavité analogue au-dessus et en dedans de la précédente. Dans le lobe antérieur gauche, caillot sanguin et récent entouré de substance cérébrale ramollie; et plus en arrière, petit kyste entouré d'une substance médullaire consistante et jaunâtre, et tapissée par une membrane organisée ([3]).

B. — *Coïncidences d'hémorrhagies des lobes cérébraux et de la substance corticale.*

CCCXCIX[e] Obs. — Officier d'administration, quarante-neuf ans; il avait eu plusieurs attaques d'apoplexie et une hémiplégie gauche depuis quatre ans; bon appétit, bonne digestion, embonpoint, mais excrétion des urines longue et difficile; caractère bizarre. Il meurt subitement en juin. — Dans l'arachnoïde, demi-verre de sérosité roussâtre. Vaisseaux des méninges pleins de sang noir et liquide.

([1]) Howship, *Practical Obs. in surgery and morbid anatomy*, 1816, p. 50.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 517.
([3]) Bricheteau, *Journal complémentaire*, 1818, t. I, p. 147.

Infiltration séreuse et comme gélatineuse sous l'arachnoïde. Hémisphère droit du cerveau atrophié, présentant trois dépressions situées dans l'épaisseur des circonvolutions, sur le lobe antérieur. La pie-mère passe sur ces dépressions comme un pont, et adhère à la substance cérébrale par un tissu celluleux aréolaire parsemé de grumeaux jaunâtres et de consistance caséeuse. Le ventricule droit contient deux cuillerées de sérosité. Il communique avec une cavité assez large située en dehors, dans la substance blanche, se prolongeant en avant, et présentant, à son intérieur, quelques filaments celluleux, et sur les côtés des bandelettes de substance cérébrale. Aucun changement dans la consistance ou la coloration de la matière cérébrale. Calculs rénaux contenus dans des kystes, surtout dans le rein droit (1).

CD^e Obs. — Homme, soixante ans, démence. Tronc courbé, appétit, cris ou pleurs, pas de paralysie, tendance à garder le lit; déglutition difficile, menace de suffocation; inspiration bruyante, expiration libre, affaiblissement. Mort. — Crâne épais et dur. Beaucoup de sérosité à la surface du cerveau et dans les ventricules. Cerveau mou. A l'entrée de la grande scissure droite, membrane jaunâtre, mince, ferme, de six lignes de diamètre. A la base du lobe moyen, excavation à parois jaunâtres. Le plancher du ventricule latéral, formé par une membrane jaunâtre, constitue une sorte de poche. Au-dessus du corps strié gauche, kyste jaunâtre. Au milieu de la surface convexe du cerveau, plusieurs circonvolutions affaissées cachent un ancien foyer, dont la paroi supérieure est formée en arrière par une membrane jaune développée dans la substance grise de deux circonvolutions (2).

CDI^e Obs. — Homme, soixante-quatre ans. Attaque d'apoplexie en 1824; il guérit, en conservant de la gêne dans la parole et de la faiblesse du côté gauche. Quelques mois après, nouvelle attaque. En juillet 1825, troisième attaque, avec convulsions, insensibilité pendant trente-six heures, puis douze attaques se succèdent; hémiplégie gauche, coma, aphonie, etc. Mort en 1830. — A la surface de l'hémisphère droit, excavation profonde contenant deux à trois onces de sérosité, retenue par la dure-mère, tandis que la pie-mère et l'arachnoïde tapissent les parois formées par une substance cérébrale plus dense qu'à l'ordinaire. Au-dessous du fond de cette excavation correspond une cavité creusée dans l'hémisphère, offrant l'aspect d'un kyste apoplectique revenu sur lui-même. Cette cavité

(1) Nidart, *Bulletin de la Société anatomique*, 1844, p. 275.
(2) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 419.

a un pouce et demi de long; elle est tapissée par une membrane jaunâtre; une partie de son étendue est oblitérée par l'adhérence des surfaces opposées. Plusieurs petits kystes analogues et également vides se trouvent dans diverses parties de l'hémisphère droit. Aucune altération spéciale ne peut rendre compte des dernières attaques (1).

CDII° Obs. — Homme, soixante-neuf ans. Deux faibles attaques d'apoplexie. Plus tard, étourdissement avec perte de connaissance. Convulsions épileptiformes de tous les membres, surtout des droits, pendant quatre heures. Décubitus dorsal incliné à droite, salive écumeuse, coma, stertor, rigidité des membres. Le lendemain, flaccidité, mort. — Sérosité dans la pie-mère. Large foyer hémorrhagique dans l'hémisphère gauche, entre les lobes moyen et postérieur. Le sang coagulé occupe toute la partie externe et postérieure du ventricule gauche. Dans l'épaisseur de la couche corticale se trouve une dizaine de petits grumeaux de sang épars, du volume d'une tête d'épingle. A la surface du cerveau, trois ou quatre petits points jaunâtres. Dans les deux corps striés, kystes jaunâtres, restes d'anciennes apoplexies (2).

C. — *Coïncidences d'hémorrhagies des lobes cérébraux et des méninges.*

CDIII° Obs. — Fille, quatre ans. Teint pâle, ventre gros. Perte d'appétit, vomissements, assoupissement, fièvre, pouls 126. Cris, plaintes, irritabilité. Pas de céphalalgie, pas de paralysie. Tête renversée en arrière, léger tremblement des mains, mouvements convulsifs, mort. — Sinus gorgés de sang. Infiltration sanguine des méninges sur l'hémisphère droit. Caillot noir entre les circonvolutions, autre caillot dans le centre ovale avec ramollissement; teinte jaune et ecchymoses de la substance cérébrale environnante, et jusqu'au ventricule qui semble perforé. Très peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules. Tissu de la couche optique droite, ecchymosé et jaune. Corps strié et pédoncules antérieurs offrant des ecchymoses analogues. Rien à la base du cerveau, sérosité dans le péricarde. Ramollissement et perforation de l'estomac, muqueuse digestive pâle (3).

CDIV° Obs. — François Mouchard, âgé de trente-quatre ans, du

(1) Abercrombie, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, oct. 1834. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 410.)

(2) Bravais, *Revue médicale*, 1827, t. I, p. 408.

(3) Berton, *Maladies des Enfants*. Paris, 1842, 15e obs., p. 88.

département de l'Ariége, est depuis trois ans à Bordeaux. Il travaille, comme terrassier, à la construction d'un quai. Sa constitution est très forte, sa stature moyenne, sa conformation régulière, son tempérament sanguin, son régime habituel assez bon; il est marié. Étant au service, il y a cinq ans, il eut une congestion cérébrale dont une saignée le guérit immédiatement. En juillet 1846, après s'être exposé au soleil, il éprouva une douleur de tête avec vertiges pendant deux jours. Ces symptômes se sont reproduits dans les premiers jours du mois d'août.

Mouchard entre à l'hôpital Saint-André, dans le service de la clinique interne, le 13 août de la même année. Son état morbide consiste principalement en des douleurs lancinantes au front et à l'occiput. Il se plaint de vertiges; il voit les objets doubles. Les pupilles sont à l'état normal, les axes optiques sont parfaitement parallèles. Pas de sifflements ni de tintements d'oreilles. Face colorée, peau d'une température normale; pouls non fréquent, développé. Langue humide, un peu rouge à la pointe; appétit, abdomen indolent, selles naturelles. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, sinapismes aux pieds, tisane, lavement, lait, soupe.)

15. Peu de soulagement. (Saignée du pied.)

16. Légère amélioration le matin, retour des douleurs le soir.

17. Persistance des élancements dans le front et les tempes. (Solution de tartre stibié, 0gr10, et sulfate de soude, 10 grammes, dans un litre d'eau à prendre par verrées.) Pas de vomissements, mais cinq ou six selles liquides; pouls calme, souffrance moins vive.

18. Même état. (Cyanure de zinc, 0gr06, et extrait de valériane, 0gr30, en trois pilules à donner le matin, au milieu du jour et le soir.) Le soir, le malade se promène; il se sent un peu soulagé.

19. Mêmes moyens; le calme continue, mais la céphalalgie n'a pas entièrement disparu; elle occupe la région sus-orbitaire. Le soir, elle est presque nulle; le malade se lève et reste assis près de son lit.

20. A six heures trois quarts du matin, avant d'avoir pris soit des médicaments, soit des aliments, et étant au lit, il perd subitement connaissance; il est atteint de contraction spasmodique des muscles du cou. Tête immobile, renversée; yeux fixes, injectés; pupilles dilatées également des deux côtés. Respiration bruyante à l'expiration. L'inspiration se fait en deux ou trois temps. Pas d'écume à la bouche. Peau fraîche; pouls petit, très faible, non fréquent, irrégulier. (Sinapismes, vésicatoires, frictions ammoniacales, eau bouillante, etc.) Au bout d'un quart d'heure, tremblement, fortes secousses aux jambes. Peau froide, yeux toujours fixes, pouls imperceptible. Mort à sept heures trois quarts (durée une heure).

Nécropsie. — Injection intense et veineuse de la face, du cou et du cuir chevelu; embonpoint conservé; le système musculaire est très développé. Roideur notable dans toutes les articulations; tension et dureté dans tous les muscles, dont la coloration est un peu plus foncée qu'à l'ordinaire.

Un sang noir, fluide, très abondant, ruisselle quand on divise les téguments du crâne. Dure-mère un peu distendue, excepté à l'extrémité antérieure de l'hémisphère droit, où il y a de la mollesse et une dépression manifeste. A mesure qu'on divise cette membrane, il s'écoule, surtout au côté droit, une certaine quantité de sang noir, très fluide, contenu dans l'arachnoïde; il y a des caillots noirâtres dans le même espace, principalement à droite, sur le lobe antérieur. Ce lobe est le siége d'un vaste épanchement sanguin, qui n'a aucune communication avec les ventricules; il est limité, en dedans, par le corps strié, sans qu'il y ait continuité de lésion. Le sang contenu dans ce foyer est noir, récemment coagulé, et il forme des caillots assez consistants. Sa quantité est évaluée à 150 grammes. La cavité qui le recèle a 7 à 8 centimètres de diamètre dans tous les sens. Il n'y a pas de rougeur, mais beaucoup de mollesse dans la pulpe cérébrale qui forme les parois de cette cavité.

Point d'épanchement dans l'hémisphère gauche, mais suffusion sanguine dans l'arachnoïde et dans les scissures interlobaires. Tout le reste du cerveau est sain, sauf un piqueté rouge peu prononcé.

Poumons engoués, contenant une assez notable quantité de sang noir, fluide, écumeux; adhérences des deux côtés, plus intimes à gauche.

Cœur volumineux, hypertrophie excentrique considérable du ventricule gauche.

Un peu d'injection à la membrane externe des intestins.

Dans l'estomac, quelques bandes rouges résultant des dernières fortes contractions de cet organe. Très peu de rougeur dans presque toute la continuité de la muqueuse gastro-intestinale.

Foie volumineux, teinte un peu plus foncée, tissu un peu plus gorgé de sang qu'à l'état normal. Vésicule remplie de bile roussâtre, fluide, abondante.

Rate d'un volume normal; son tissu, mou, noirâtre, se déchire très facilement.

Reins et vessie sains.

CDV^e Obs. — Femme, trente-sept ans, maigre. Un mois avant sa mort, céphalalgie, maux d'estomac. Il y a quinze jours, sensation singulière dans la tête et douleur très vive derrière la face oblige à rester au lit. Une semaine après, céphalalgie int-

fièvre. La veille de sa mort, voulant descendre l'escalier avec une autre femme, cette malade s'écrie subitement qu'elle est prise de vertige; cependant cet état passe de suite, et le même soir, elle est bien et peut aller dans la rue. Le 25 avril, à dix heures du matin, on la trouve dans sa chambre privée de connaissance, étendue sur le plancher, avec la respiration stertoreuse et quelques mouvements spasmodiques dans les jambes et les bras. Une heure et demie après elle mourait. — Larges caillots de sang entre les deux feuillets de l'arachnoïde; le principal se trouve sur le lobe antérieur gauche, et il adhère à la dure-mère, de sorte qu'il est enlevé en même temps que celle-ci. Déchirure de la substance cérébrale sur le lobe antérieur, tenue entr'ouverte par un caillot de sang qui la remplit. Sur les côtés, large ecchymose suivant l'arachnoïde jusqu'à la fosse de Sylvius. La substance cérébrale du lobe, dans sa partie supérieure, est pulpeuse, comparée par l'auteur à l'aliment appelé *flan jaune*. Il y avait quelques petits points provenant de la rupture des vaisseaux. L'effusion sanguine avait pénétré jusqu'au côté externe du corps strié gauche, et, en outre, elle s'était fait jour dans le ventricule latéral, qui contenait un volumineux caillot descendant dans la corne postérieure. Par le trou de Monro, le sang avait passé dans le ventricule droit, et il y teignait la sérosité. Dans la scissure de Sylvius, près du lieu où la rupture s'était effectuée, les vaisseaux n'étaient pas exempts d'altération; ils avaient une couleur jaune particulière, qui s'observait aussi dans la substance corticale du cerveau en cet endroit (1).

CDVI^e^ Obs. — Femme, cinquante-quatre ans, ancienne céphalée. Tout à coup, cri perçant et convulsif, chute, insensibilité, pâleur, faiblesse du pouls. Mort cinq minutes après. — Couche mince et très étendue de sang extravasé à la surface du cerveau, caillot de sang dans le lobe antérieur droit (2).

CDVII^e^ Obs. — Cordonnier, soixante-huit ans, forte constitution, trouvé étendu sans connaissance sur la voie publique. Pas de réponses, quelques paroles dénuées de sens, face tuméfiée, sensibilité et motilité conservées, haleine alcoolique; pouls plein, non fréquent. Deuxième jour, cris subits; violent accès de convulsions, suivi de résolution, du retour de l'intelligence et de la parole. Le soir, nouvelle attaque convulsive suivie de mort. — Épanchement sanguin sous le péricrâne, os injectés, veines de la dure-mère pleines

(1) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 276.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 340.

de sang. Beaucoup de sang liquide dans la cavité de l'arachnoïde, sur les faces supérieure et inférieure de l'encéphale. Foyer hémorrhagique dans le lobe postérieur gauche du cerveau ([1]).

CDVIII[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans, domestique, mariée tard et veuve. Vue affaiblie depuis plusieurs années. Il y a quelques mois, embarras subit de la langue, qui cesse. En janvier, de nouveau perte de la parole, mouvement un peu conservé du côté droit. Bientôt après, perte complète du sentiment et du mouvement. Déglutition impossible. Mort le soir du même jour. — Surface supérieure latérale et postérieure de l'hémisphère droit couverte de sang. Cerveau mou. Depuis le lobe antérieur jusqu'au postérieur, sang coagulé dans une cavité ayant 8 pouces de long et 4 de largeur ([2]).

CDIX[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans. Depuis deux jours, céphalalgie. 7 août, cris perçants, douleur de tête très violente, vomissements, défaillance, légères convulsions; néanmoins, exercice de l'intelligence et de la parole. Le 8, coma, stertor, pupilles contractées. Le soir, amélioration; pas de paralysie, mais parole impossible. Le 9, coma complet, mort. — Dans le lobe antérieur droit, cavité contenant un caillot de sang. Ramollissement cérébral autour du foyer. Épanchement de sang à la périphérie du cerveau, entre la dure-mère et l'arachnoïde ([3]).

5e SECTION. — HÉMORRHAGIES DES CORPS STRIÉS.

L'hémorrhagie des corps striés est, après celle des lobes moyens, la plus fréquente des apoplexies cérébrales. La texture spéciale de ces corps, l'abondance de leur substance grise, leur riche vascularité, expliqueraient cette disposition, si, en matière d'explications, des faits trop souvent contradictoires ne devaient pas rendre extrêmement circonspect.

Les observations seront rangées ainsi : 1° hémorrhagie d'un corps strié; 2° hémorrhagie d'un corps strié avec rupture du foyer dans le ventricule voisin ; 3° hémorrhagies des deux corps striés.

([1]) Alf. Binet, *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*, 1857, p. 147.
([2]) Wepfer, *Observationes anatomicæ ex apoplexia*, etc., p. 5.
([3]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 329.

§ I. — Hémorrhagie d'un seul corps strié.

Les faits d'hémorrhagies circonscrites dans un corps strié, et par conséquent les plus simples de l'espèce, doivent être étudiés aux périodes diverses que la maladie peut parcourir. Je crois utile, pour cette étude, de disposer ainsi les faits : 1° hémorrhagies observées depuis le premier jour jusqu'au trentième; 2° hémorrhagies dans lesquelles la mort est survenue du deuxième au douzième mois; 3° hémorrhagies dans lesquelles les malades ont survécu au delà d'un an.

Première série. — *Hémorrhagie d'un corps strié observée du premier au trentième jour.*

CDX° Obs. — Enfant mâle, né le 4 juillet. Le lendemain, face légèrement violacée, gonflement des membres, du pubis, œdème, articulations roides, yeux fermés, pupilles dilatées, bouche et langue rouges, livides; cri assez fort, respiration normale, 30 inspirations; pouls imperceptible aux membres, 100 pulsations; vomissements qui se répètent, endurcissement du tissu cellulaire, face dure, yeux fermés, membres à peu près immobiles. Mort le cinquième jour, à dater de l'invasion de la maladie. — Sang noir coagulé dans les sinus. Méninges rosées. Cerveau consistant, pointillé. Le corps strié gauche présente une petite masse ovalaire de trois lignes sur deux d'étendue, recouverte par une lame mince, transparente, grisâtre, contenant une matière noirâtre, demi-fluide [1].

CDXI° Obs. — Fille, vingt-deux ans. Dyspnée, anxiété précordiale, œdème des membres inférieurs, urine rare, palpitations de cœur, rêves effrayants, pouls irrégulier, vertiges, vacillation, tintements d'oreilles, hémiplégie, lenteur du pouls. Mort trois semaines après l'attaque. — Fluide séreux en quantité notable entre l'arachnoïde et la pie-mère. Trois cuillerées dans les ventricules. Le corps strié droit présente une cavité hémorrhagique récente. La désorganisation a près de deux pouces de long. Les parois sont inégales et rouges. Valvule mitrale ossifiée [2].

CDXII° Obs. — Femme, vingt-sept ans, journalière. Juillet, indi-

[1] Valleix, *Maladies des Enfants*, 1838, p. 589.

[2] Craigie, *Edinb. Med. and Surgical Journal*, jan. 1823, t. XIX, p. 65.

gestion; perte de connaissance. Deuxième jour, décubitus dorsal, tête inclinée à droite, face congestionnée, chaude, paupières baissées, pupilles normales; mouvements continuels, parfois très forts (on est obligé d'attacher); ce ne sont pas des convulsions. Sensibilité conservée. Il n'y a de paralysie nulle part. Bouche fermée, dents serrées, grincements. La malade porte souvent la main à la tête du côté gauche; ventre souple; pas de selles; urines involontaires; pouls petit, concentré, résistant, 136, 140. Mort le quatrième jour. — Os du crâne minces et mous. Dans l'arachnoïde, un peu de sang. Injection, arborisation de la pie-mère du côté externe de l'hémisphère droit, ayant l'aspect d'une inflammation. Un caillot sanguin de la grosseur d'un œuf de pigeon occupe le corps strié gauche tout entier, qui fait saillie dans le ventricule. Le caillot est rouge-brun, peu consistant, et évidemment récent. Parois du foyer ramollies [1].

CDXIII° Obs. — Marie Andron, âgée de trente ans, couturière, du Puy-de-Dôme, domiciliée à Bordeaux, d'un tempérament sanguin, bien réglée jusqu'au dernier mois, était sujette depuis quelque temps à une céphalée très intense; elle avait aussi un œdème des membres inférieurs. Le 11 juin 1859, après une vive émotion, elle perd connaissance et tombe. Quand on veut la relever, on s'aperçoit qu'elle est paralysée de tout le côté droit; en outre, elle ne pouvait pas parler.

Le lendemain, admise à la clinique interne de l'hôpital Saint-André, elle offre l'état suivant : Les membres supérieur et inférieur droits sont privés de motilité; ils ont leur sensibilité normale. L'intelligence est conservée, mais la parole est abolie. La malade pousse des cris. La langue se porte fortement à droite. Les pupilles sont resserrées, immobiles. La déglutition est difficile, surtout pour les liquides; il n'existe aucune rougeur de la luette ou des amygdales. La peau est chaude, le pouls large, à 80 pulsations; le ventre un peu tendu, tuméfié dans la région sous-ombilicale. (Saignée du bras de 400 grammes, caillot consistant, pas de couenne; huit sangsues derrière l'oreille gauche; calomel, 1,0.)

13. Pouls à 92; agitation pendant la nuit dernière. Ce matin, coma; parfois, cris plaintifs; pupilles resserrées; chaque mouvement de la tête semble déterminer une douleur très vive; langue déviée à droite; persistance de l'hémiplégie. (Vésicatoires aux cuisses; lavement purgatif; eau froide sur la tête.)

14-15. Même état. Urines involontaires. (Six sangsues à l'apophyse mastoïde gauche.)

Du 16 au 20. Agitation presque constante; parfois cris aigus, pouls

[1] Bernard (service de Caillard, Hôtel-Dieu), *Union médicale*, 1848, p. 381.

petit, 80; pupilles contractées et immobiles; bras droit toujours paralysé; un peu de motilité de la jambe; urines involontaires; intelligence nette; parole non moins embarrassée; à peine si la malade peut prononcer quelques mots, tels que *oui, non, un, deux*. (Vésicatoires le long du rachis; calomel, 1,0.)

Les jours suivants, il se manifeste de la fièvre, de l'abattement, une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme. Le bras paralysé devient le siége d'une forte contracture, les doigts sont fléchis. Plus tard, faiblesse profonde, coma, et la mort arrive le 12 juillet (un mois après l'invasion).

Nécropsie. — Quelques traces de méningite, surtout sur l'hémisphère droit du cerveau. A la surface de l'arachnoïde viscérale, on remarque de petites fausses membranes d'un blanc opalin.

Dans l'hémisphère gauche, au milieu de la portion externe du corps strié, on rencontre une large cavité, ne communiquant point avec les ventricules latéraux. Dans l'intérieur de cette cavité, qui ne mesure pas moins de cinq centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, il y a une assez grande quantité d'un sang noir, encore fluide, et, de plus, quelques caillots.

Les parois de la cavité sont ramollies, imbibées de sang. Cette infiltration s'étend assez loin, ce dont on peut s'assurer en coupant le cerveau par tranches minces et successives. La portion intra-ventriculaire du corps strié ne présente aucune altération.

Les lobes antérieurs du cerveau n'offrent aucune lésion appréciable soit à leur surface, soit à l'intérieur.

Dans l'hémisphère droit, au niveau de la corne postérieure ou occipitale, le tissu cérébral est induré; il résiste au scalpel quand on l'incise; sa couleur est d'un blanc plus mat qu'à l'ordinaire. Au milieu de ce tissu induré, on trouve une espèce de noyau fibrineux, du volume d'une noisette, de couleur gris verdâtre, très distinct de la substance cérébrale.

Le pavillon de la trompe gauche était considérablement dilaté; les franges étaient assez fortement appliquées sur l'ovaire. L'ovaire droit était très peu volumineux.

Les divers autres organes n'ont rien présenté qui soit digne d'être noté.

CDXIVe Obs. — Caroline Dubreuilh, âgée de trente-deux ans, domestique, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, d'un caractère irascible, bien réglée, eut, en décembre 1847, une hémiplégie du côté gauche.

Après plusieurs mois de traitement subi à l'hôpital (saignée, sangsues, purgatifs), elle se rétablit, ne conservant qu'une certaine roideur dans les membres gauches.

Depuis quelque temps, cette femme était sujette à une céphalée tellement vive, surtout du côté droit, qu'elle lui arrachait souvent des cris. (Une saignée du bras est immédiatement pratiquée.)

Le 24 novembre 1848, à la suite d'un accès de colère, elle perd connaissance, tombe et reste paralysée du côté gauche. L'usage des sens ne se rétablit qu'au bout d'une heure.

Admise à la clinique interne le 26 novembre, elle présente l'état suivant : Les membres supérieur et inférieur gauches ont perdu leur motilité, mais conservent leur sensibilité. L'intellect est à peu près normal. Déviation des traits du visage à droite, plus apparente à la commissure des lèvres; celle du côté droit est relevée et un peu béante. Joue et narine gauches déprimées; sensibilité de cette joue exagérée plutôt que diminuée; œil gauche fermé, le droit entr'ouvert, pupilles un peu contractées; céphalalgie du côté droit très vive, surtout lorsque la tête exécute des mouvements de rotation. Point de fièvre. (Huit sangsues derrière l'oreille droite; calomel, 1,0.)

28. Hémiplégie nullement modifiée; douleurs de tête extrêmement vives à la région antérieure et droite du crâne; langue sèche, brunâtre; plusieurs selles liquides; pouls 56-60. (Vésicatoires aux jambes; onguent Napolitain en frictions sur la tête au préalable rasée.)

29. Intégrité des facultés intellectuelles. La malade reconnaît les personnes de la salle qu'elle a déjà vues; elle n'a point oublié leur nom; elle répond avec précision. Point de stupeur, grincement de dents fréquents, léger délire à de courts et rares moments; cris très aigus, plaintifs, yeux fermés, point de strabisme, pupilles resserrées, parfois assoupissement, langue sèche, brunâtre, engorgement parotidien du côté droit, point de diarrhée, respiration lente, suspirieuse, pouls 52. (Potion avec extrait mou de quinquina, 3,0; camphre, 0,20.)

30. Mort le matin à six heures.

Nécropsie. — Embonpoint assez bien conservé; rigidité très marquée des membres.

A la surface de la dure-mère, suintement d'une notable quantité de sang provenant des vaisseaux fortement engorgés et rompus au moment de l'ouverture du crâne. Adhérences prononcées le long du sinus longitudinal supérieur. Infiltration sous-arachnoïdienne. Substance cérébrale injectée, piquetée de rouge. Chaque section transversale fait couler quelques gouttes de sang. A droite, à mesure que les coupes se rapprochent du ventricule, l'injection est plus prononcée, et on arrive dans une cavité pleine de caillots de sang noirâtres assez fermes, adhérents entre eux, et ne se détachant par des filets

d'eau qu'avec une certaine difficulté. Le foyer hémorrhagique a d'avant en arrière huit centimètres, transversalement quatre, de haut en bas cinq. Après avoir enlevé les caillots, on reconnaît que le siége de cette hémorrhagie est dans la partie externe du corps strié droit et dans le point correspondant de la substance du lobe moyen. La moitié interne du corps strié et les autres parties qui constituent le ventricule sont dans un état d'intégrité parfaite, seulement la couche optique droite est un peu jaune et le septum lucidum est ramolli.

A gauche, état normal de la substance cérébrale et du ventricule. Cervelet, mésocéphale sains.

Poumons dans l'état normal. Cœur un peu volumineux; hypertrophie du ventricule gauche, dont les parois assez denses ont deux centimètres d'épaisseur, et dont la cavité est fort large.

Les organes digestifs n'offrent rien de particulier.

CDXV^e^ Obs. — Femme, trente-six ans; symptômes de bronchite et d'affection du cœur. Juillet, le matin, perte de connaissance, hémiplégie gauche, respiration presque naturelle, mais l'air expiré soulève les joues (fume la pipe). La malade paraît entendre; elle ne répond pas; pouls irrégulier, fréquent. Mort le sixième jour. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux cérébraux. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Encéphale assez mou. Deux caillots de sang dans le corps strié droit, logés dans des cavités distinctes, dont les parois sont ramollies. Cœur volumineux, anévrysmatique. Concrétions polypiformes dans les cavités droites (1).

CDXVI^e^ Obs. — Femme, quarante-huit ans, adonnée au vin. 16 mars, elle tombe sans connaissance, à neuf heures du matin. Deux heures après elle revient à elle; les membres gauches sont paralysés du sentiment et du mouvement; commissure droite des lèvres tirée en dehors, langue non déviée, intelligence nette, parole facile, pouls dur, un peu fréquent. 18 mars, la paralysie a diminué; irritation gastro-intestinale, diarrhée; délire; le bras gauche reste toujours paralysé. Mort le quinzième jour. — Corps strié droit creusé par une cavité contenant des caillots de sang. La substance cérébrale est molle autour. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur, avec rétrécissement de la cavité. Muqueuse gastrique rouge à gauche. Iléon rouge, d'aspect grenu (2).

CDXVII^e^ Obs. — Femme, cinquante-quatre ans, éprouve une attaque le 1er mai, d'où résulte l'impotence du membre supérieur

(1) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 10.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 333.

gauche, puis stupeur, respiration stertoreuse, coma; cependant, elle répond à quelques questions. Hémiplégie complète du côté gauche, avec relâchement des muscles, excepté du biceps. Céphalalgie, face déviée à droite, langue inclinée à gauche. Difficulté pour avaler. Évacuations involontaires. Soulèvement de la joue gauche à chaque expiration, coma. Pupilles dilatées, surtout la droite; pouls faible et lent, 56, 52, 50, tandis que l'on compte 90 battements du cœur; respiration 18. Mort le cinquième jour. — Deux ou trois glandes de Pacchioni développées, cerveau en général non injecté, mou, surtout aux circonvolutions des lobes antérieur et moyen droits. Pas d'effusion dans les ventricules. Petit caillot de sang dans le corps strié droit, qui est ramolli, ainsi que la couche optique du même côté. Hémisphère gauche sain. L'examen microscopique fait reconnaître l'altération athéromateuse des artères des organes ramollis (1).

CDXVIII[e] Obs. — Graveur, cinquante-six ans, plusieurs attaques d'apoplexie. La dernière en novembre. Membres droits et moitié droite de la langue paralysés. Mort le huitième jour. — Vaisseaux cérébraux engorgés, surtout à gauche. Presque toute la partie postérieure du corps strié gauche tuméfiée par un épanchement sanguin considérable. Couche optique refoulée en arrière et en bas, mais non altérée. Plexus choroïdes gorgés de sang. Hippocampe gauche étroit, aplati et mou (2).

CDXIX[e] Obs. — Jean Bernard, portefaix à Bordeaux, âgé de soixante ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, ayant les artères superficielles des tempes et de l'avant-bras larges et très flexueuses, se plaignait depuis longtemps d'une céphalalgie très intense, de sifflements d'oreilles, d'étourdissements.

Le 4 mai 1861, il est pris de vertiges, et tombe sans connaissance, paralysé du côté gauche. Il est immédiatement transporté à l'hôpital Saint-André. A ce moment, il a un peu repris l'usage de ses sens. Il semble reconnaître et comprendre, mais il ne peut pas parler; la face est rouge, livide; les traits sont déviés à droite; les pupilles resserrées. Les membres supérieur et inférieur gauches, ainsi que la moitié gauche de la face, sont privés du mouvement et du sentiment; la langue est déviée du côté paralysé; le bras droit est parfois agité de mouvements convulsifs ou dans un état de contracture. Les évacuations sont involontaires; le pouls est large, 80; la respiration difficile, stertoreuse; il y a souvent des bâillements, de l'agitation.

(1) Todd, *Clinical lectures*, p. 729–733.
(2) Wenzel, *De Penitiori cerebri structura*, p. 98.

(Saignée du bras, sangsues à l'apophyse mastoïde droite, calomel révulsifs, etc.). Mort le 7.

Nécropsie. — Injection considérable des vaisseaux cérébraux, principalement du côté gauche. En divisant les lobes par tranches, on ne trouve pas d'injection considérable de la pulpe nerveuse. Du ventricule latéral gauche s'écoulent environ 12 grammes de sérosité sanguinolente; ses parois restent écartées après l'écoulement du liquide. Du côté droit, on arrive sur le foyer hémorrhagique situé dans la partie externe du corps strié et dans la substance voisine. Ce foyer a sept centimètres et demi de longueur; il renferme un caillot de sang mou, entouré de très peu de sérosité roussâtre. La quantité du sang épanché peut être évaluée à 25 grammes. Les parois de la cavité hémorrhagique sont inégales, mais ne présentent ni dépressions ni saillies très marquées. En versant de l'eau dans cette cavité, on voit flotter des lambeaux résultant de la déchirure du tissu cérébral. Le corps strié, du côté opposé, les deux couches optiques et les autres organes encéphaliques n'ont présenté aucune trace d'hémorrhagie. Cœur volumineux. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ont à leur base quelques concrétions osseuses. Les parois du ventricule gauche ont 3 centimètres d'épaisseur. Poumons et intestins dans un état d'intégrité parfaite.

CDXX[e] Obs. — Homme, soixante-cinq ans, frappé d'apoplexie au moment où il venait de déposer à terre un lourd fardeau. Hémiplégie droite, insensibilité; roideur des membres, déviation de la bouche, prononciation impossible, intelligence intacte. Mort le septième jour. — Dans l'hémisphère gauche, foyer hémorrhagique du volume d'un œuf occupant la partie externe du corps strié, se prolongeant, dans son intérieur, par un trajet étroit et se terminant à quelques lignes du ventricule [1].

CDXXI[e] Obs. — Homme, soixante-six ans, garçon de bureau, de tempérament sanguin, nerveux, constitution délicate. 2 février, il perd connaissance. Hémiplégie droite; la connaissance revient un peu les jours suivants; mais cet individu ne peut parler. Face pâle, respiration libre, puis gênée; affaiblissement. Mort le huitième jour. — Dure-mère adhérente aux os du crâne. Pie-mère rouge, gorgée de sang. Quelques gouttes de sérosité dans les ventricules. A la partie inférieure et externe du corps strié gauche, se trouve une cavité contenant une once et demie de sang noirâtre à demi-coagulé [2].

[1] Bayle (suppléance de clinique), *Revue médicale*, 1836, t. I, p. 89.

[2] Rivière, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1811, n° 52, 3e obs., — et Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 38.

CDXXII^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, ivrogne. Juin, après un repas, perte subite de connaissance, face un peu colorée, yeux saillants, entr'ouverts; bouche déviée à gauche, paralysie des membres droits, respiration normale, pouls plein et fort. Troisième jour, coma, respiration lente, pouls 80. Mort le soir. — Vaisseaux cérébraux et méningiens gorgés de sang. Épanchement considérable dans le corps strié gauche; estomac un peu enflammé; légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur ([1]).

CDXXIII^e Obs. — Ballade, Louis, soixante-douze ans, vigneron à Blanquefort, près Bordeaux, d'une constitution peu forte, est pris brusquement, l'un des derniers jours du mois de janvier 1844, d'une perte absolue de connaissance, sans paralysie des membres. Il recouvre au bout de deux jours l'usage de ses facultés sensoriales et intellectuelles, et il parle très distinctement. Porté à l'hôpital Saint-André le 3 février, on ne constate aucun phénomène spécial pouvant faire soupçonner une lésion cérébrale grave. Le malade a son intelligence ordinaire; il répond parfaitement; sa langue est tirée en ligne droite; il marche toutefois avec difficulté, mais il n'existe point de paralysie réelle du sentiment ou du mouvement. Pas de fièvre. Le lendemain, à la visite, il ne peut pas parler; il n'articule que très difficilement quelques mots; la bouche est déviée à gauche; les membres jouissent de leur motilité et de leur sensibilité naturelles; néanmoins, la marche paraît un peu pénible. (Vésicatoires aux jambes.) Le 5, toux, respiration stertoreuse, diarrhée. Le malade s'est levé pendant la nuit pour satisfaire à des besoins. Le 6, face colorée, pouls petit, très fréquent; respiration courte, précipitée. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Amaigrissement; peu de rigidité cadavérique.

Sérosité sous l'arachnoïde, légère opacité du feuillet viscéral de cette membrane.

Affaissement de la totalité du cerveau; cependant sa substance est assez dense, et offre des deux côtés un pointillé rouge assez prononcé. Les ventricules latéraux, principalement le gauche, contiennent de la sérosité en assez grande quantité. Dans le corps strié gauche est un foyer apoplectique de 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Il renferme un sang noirâtre, épais, coagulé. Les parois de cette cavité sont un peu fermes, d'une couleur acajou. On aperçoit parfaitement, en râclant, la direction des fibres du corps strié. Autour de cette cavité, la substance cérébrale, dans l'épaisseur d'un centimètre environ, a une couleur brune légèrement rougeâtre. L'hémisphère

([1]) Sadourny, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 21, p. 12.

droit est sain. La voûte à trois piliers et le septum lucidum sont dans un état normal, ainsi que le cervelet, le mésocéphale, etc.

Les poumons sont exempts d'adhérences, très volumineux et sains. Il n'y a dans les plèvres ni sérosité ni rougeur. Le cœur est un peu volumineux; ses cavités et ses orifices sont très sains.

Le foie est gros et gibbeux; son tissu est jaune-brun, assez dense; la vésicule biliaire, assez volumineuse, contient une bile épaisse et jaunâtre.

La rate est à peu près dans l'état naturel.

Le tube digestif est sain dans toute son étendue; seulement, vers la fin de l'iléon, la muqueuse offre une rougeur peu intense, sans ulcération ni même tuméfaction des follicules.

CDXXIV° Obs. — Femme, soixante-quinze ans, forte constitution, stature élevée. L'an dernier, congestion cérébrale dissipée. 24 mai, perte de connaissance, pâleur, bouche déviée à gauche, strabisme de l'œil droit, avec paralysie de la paupière supérieure, et pupille un peu dilatée. Hémiplégie droite. Coma profond, respiration sonore, pouls fort et fréquent. 26, légère amélioration; la malade tire la langue, qui se dévie à droite. 28, eschare au sacrum. Aggravation. 6 juin, face rouge, assoupissement, stertor. Langue rouge, sèche, crevassée. 8, pâleur, pupilles très contractées. Mort le 9. — Aspect gélatiniforme de l'arachnoïde. Sérosité roussâtre dans le ventricule gauche. Corps strié du même côté contenant un épanchement de sang brunâtre entouré d'une teinte jaunâtre. Une certaine quantité de calculs dans la vésicule biliaire (1).

CDXXV° Obs. — Homme, soixante-dix-huit ans. Avril, perte de connaissance subite et complète; pas de convulsions, hébétude, insensibilité; yeux fixes, pupilles contractées. Parole nulle, intelligence très obtuse; perte du mouvement à droite et perte incomplète du sentiment du même côté. Sensibilité très vive à gauche. Coma, mais le malade montre la langue quand on le lui demande. Pas de contracture; pouls 72, puis 96. Mort le dixième jour. — Sinus rempli de sang noir. Corps strié gauche détruit et remplacé par un caillot de 4 centimètres de long sur 2 et demi de largeur. Ce corps strié ne conserve que sa paroi ventriculaire, qui ne permet aucune communication avec l'intérieur du ventricule (2).

Dans cette série de faits, la mort ayant eu lieu du troisième au trentième jour, on a trouvé dans l'un des corps

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 351.
(2) Vigla, *Gazette des Hôpitaux*, 1845, p. 418.

striés une collection sanguine plus ou moins abondante, mais parfaitement circonscrite du côté du ventricule, tandis que parfois elle s'est plus ou moins avancée du côté du lobe moyen.

La cavité, dont les parois présentaient l'aspect d'une déchirure, contenait du sang noirâtre, à demi-coagulé ou formant déjà un caillot assez ferme.

On n'a découvert aucun travail de réparation durant cette période; aucune apparence de néo-membrane ne s'est manifestée.

Il a été fréquent de rencontrer de la sérosité dans les ventricules. Cette sérosité était même parfois un peu sanguinolente. Cette teinte était peut-être un effet cadavérique.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagie du corps strié, la mort étant survenue du premier au douzième mois.*

CDXXVI^e Obs. — Agarret, Catherine, âgée de quarante-ans, des Basses-Pyrénées, domestique à Bordeaux, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, est portée à l'hôpital Saint-André le 25 juillet 1843. Elle avait eu une attaque d'apoplexie, mais on ne fournit aucun renseignement sur les circonstances de cette attaque. La malade paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, mais elle a perdu complètement l'usage de la parole; elle pleure au lieu de répondre. Sa langue, qui paraît peu mobile, n'arrive qu'au niveau des arcades dentaires quand on lui dit de la montrer. Les membres supérieur et inférieur droits sont paralysés du mouvement; ils ont conservé leur sensibilité. Le visage est un peu coloré, dévié à gauche; les pupilles sont à l'état normal; le ventre est indolent; les selles sont rares et les urines rendues involontairement. (Huit sangsues derrière l'oreille gauche, lavement purgatif, vésicatoires aux cuisses.) Du 26 au 28, même état. 29, face colorée, même immobilité du côté droit; impossibilité de tirer la langue hors de la bouche et de proférer une seule parole. (Six sangsues derrière l'oreille gauche; calomel, 1,0.) Dans le mois d'août, il ne se produit aucun symptôme nouveau. Le côté droit du corps est toujours immobile; la face est déviée à gauche; la malade peut un peu montrer la langue; elle fait souvent signe qu'elle a faim, mais elle ne peut pas le dire. Pouls normal.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, extrait de noix vo-

mique et bains sulfureux. Légère amélioration; le mouvement est un peu revenu dans le côté droit, surtout au membre inférieur; la malade pouvait se lever, se tenir debout et traîner sa jambe droite. Elle a éprouvé quelques secousses convulsives dans les parties paralysées, mais il lui est toujours impossible de parler.

Par suite d'un refroidissement prolongé, le bras et la jambe gauches deviennent le siége d'une douleur vive et d'un gonflement assez considérable. Il y a de la fièvre, de l'insomnie; une adynamie profonde se manifeste, et la mort survient le 25 décembre.

Nécropsie. — Embonpoint assez bien conservé, tuméfaction considérable du bras et de l'avant-bras gauches, ainsi que de tout le membre inférieur du même côté. Excoriation assez vaste de la peau qui recouvre le sacrum. Congestion séro-sanguinolente des muscles du bras, de la cuisse et de la jambe gauches. Leur couleur est blafarde; le tissu cellulaire qui les recouvre est infiltré de sérosité. Il n'y a de pus nulle part. Le creux axillaire est sain. Partout ailleurs, le tissu musculaire est dans l'état normal. Sous l'arachnoïde est épanchée une petite quantité de sérosité. Les méninges elles-mêmes sont exemptes d'altération. Les lobes antérieurs du cerveau, examinés avec un très grand soin des deux côtés, sont trouvés parfaitement sains. La substance cérébrale a une consistance et une teinte normales. Les circonvolutions latérales ont leur volume et leur aspect ordinaires. En pénétrant dans les ventricules latéraux, on fait écouler, à gauche, une sérosité opaque et blanchâtre, mais en petite quantité. Le corps strié, de ce côté, renferme dans son centre une large excavation, remplie de sang, en partie coagulé, de couleur brune, et tapissée par une membrane assez bien organisée, molle, pulpeuse et rougeâtre. Autour de ce foyer, la substance cérébrale offre un ramollissement considérable qui s'étend dans le lobe moyen. La couche optique est saine. Le ventricule droit renferme également un peu de sérosité; mais elle est limpide et transparente. Le corps strié et la couche optique droits sont dans un état normal. Quant à la substance médullaire, elle n'a pas subi la moindre altération. La voûte à trois piliers est dense, ainsi que le septum lucidum. La base du cerveau et le cervelet ne présentent rien de pathologique. Il y a dans le canal rachidien un peu de sang noirâtre épanché, mais point de sérosité. La moelle épinière ne présente rien d'anormal. — *Thorax.* — Il n'y a pas de sérosité épanchée dans les plèvres. Le poumon droit a quelques légères adhérences à son sommet avec les parois thoraciques; le gauche en est exempt. Des deux côtés, le parenchyme pulmonaire est très sain. Le péricarde est dans un état normal. Le cœur est un peu volumineux; ses fibres sont assez fermes; ses cavités et ses orifices parfaitement libres; les

valvules saines. — *Abdomen.* — Le foie est peu volumineux, légèrement gibbeux; son tissu est sain. La vésicule biliaire est petite; elle renferme une bile claire, peu foncée en couleur. La rate est à l'état normal. La muqueuse qui tapisse l'estomac offre une teinte un peu rouge, mais elle n'est ni ramollie ni épaissie. Le reste du tube digestif est exempt de toute altération. Les reins, la vessie et l'utérus ne présentent rien d'anormal.

CDXXVII[e] Obs. — Boulanger, quarante-six ans, constitution faible, excès de vin et de femmes. Pâle, œil terne; il répond par monosyllabes. Douleurs aiguës dans la tête; les deux membres gauches paralysés, avec douleurs à l'épaule, au coude et au cou. Inappétence, déjections involontaires; peau froide et sèche, respiration libre, haleine fétide; pouls 55; assoupissement le jour; la nuit, agitation, délire furieux. Mort au bout de six semaines. — Beaucoup de sérosité dans l'arachnoïde, qui est parsemée de taches d'un blanc laiteux et contient une lamelle osseuse. Corps strié droit volumineux; la substance cérébrale qui l'environne passe du blanc mat au jaune-brun; il présente une cavité pleine d'un liquide citrin, comme oléagineux, mais miscible à l'eau, renfermé dans un kyste épais et vasculaire, en contact avec la substance cérébrale ([1]).

CDXXVIII[e] Obs. — Couvreau, âgé de quarante-six ans, de Bordeaux, ancien concierge, est porté à l'hôpital Saint-André le 11 novembre 1842. Il semble connaître les personnes qui l'entourent, comprendre les paroles qu'on lui adresse; mais il ne peut pas répondre, il ne prononce que ces quelques mots : *Mon Dieu! Quoi! Je ne sais!* Les pupilles ne sont ni dilatées, ni contractées; les traits du visage, peu mobiles, sont légèrement tirés à gauche; la langue sort assez bien hors de la bouche; elle exécute des mouvements, mais elle semble se dévier un peu à droite. Le mouvement et le sentiment sont diminués dans les membres supérieur et inférieur droits. Ceux du côté gauche ne présentent rien de particulier. Pouls plein, développé, un peu fréquent. Malgré bien des interrogations, il a été impossible de connaître les circonstances qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital; cependant, on peut supposer que l'invasion de la maladie date de plusieurs mois. (Saignée du bras; sinapismes aux pieds; lavement purgatif.)

12. L'embarras de la parole continue; impossibilité de répondre et de prononcer distinctement; déviation de la langue à droite. (Douze sangsues derrière les oreilles; limonade avec la crème de tartre.)

([1]) Stannius, de Berlin, *Medicinische Zeitung*, 1835. (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 381.)

Les jours suivants, l'état est à peu près le même. Il semble que le membre supérieur droit ait repris un peu sa mobilité; quant à l'embarras de la langue, il n'est pas moindre. (Séton à la nuque; sulfate de soude, 40,0.)

Jusqu'au 22, les symptômes persistent avec la même intensité, mais sans aggravation. Le 23, lorsque rien n'avait fait présumer une terminaison fatale, le malade meurt sans agonie.

Nécropsie. — Peu de rigidité cadavérique.

Il existe sous la dure-mère une assez grande quantité de sérosité. La pie-mère présente une injection générale qui est très prononcée sur l'hémisphère gauche.

Les divers lobes du cerveau sont à l'état normal. La substance cérébrale offre partout une consistance et une coloration naturelles.

Le corps strié gauche est converti en une matière pulpeuse, en une sorte de bouillie d'un rouge brun jaunâtre. Il est à peu près détruit dans son quart inférieur, où se voit une dépression, mais rien qui ressemble à une fausse membrane.

Pas de lésion notable dans les autres organes.

CDXXIX[e] Obs. — Femme, cinquante ans, paraissant plus âgée, maigre, pâle, abusant des liqueurs alcooliques. Depuis quatre mois, douleurs de tête et des lombes. Depuis une semaine, elle sent un engourdissement du membre supérieur droit; néanmoins, elle continue à travailler et à boire. Tout à coup, en déjeunant, elle est paralysée du côté droit, sans perte de connaissance ni stertor. Les muscles sont dans la résolution, la langue est déviée à gauche; bruit de souffle systolique très fort. Plusieurs semaines après, anasarque, affaiblissement successif. Mort. — Infiltration sous-arachnoïdienne. Le centre du corps strié droit est creusé d'une petite cavité, remplie par de la substance cérébrale ramollie, et aussi par les restes d'un caillot de sang à demi-dissous ([1]).

CDXXX[e] Obs. — Pierre Joubert, âgé de cinquante-trois ans, veuf, bourrelier, demeurant à Bordeaux, éprouva, vers le mois d'avril 1848, des vertiges; plus tard, il perdit connaissance et tomba. Il lui fut impossible de se relever; il était paralysé de tout le côté gauche, et avait un léger embarras de la parole. Plusieurs saignées du bras furent pratiquées.

Le 8 août de la même année, il est admis à la clinique interne de l'hôpital Saint-André. Les membres supérieur et inférieur gauches ne sont plus, à proprement parler, paralysés; il sont seulement faibles; ils ont conservé leur sensibilité; la marche s'effectue sans

([1]) Todd, *Clinical lectures*. p. 629 et 640.

beaucoup de peine; il n'y a qu'une très légère déviation de la face à droite. Intégrité des facultés intellectuelles; réponses justes, mais souvent difficiles, l'articulation des mots étant de temps à autre enrayée. Point de fièvre; pouls plein, 72. (Dix sangsues à l'anus.)

Les jours suivants, la parole semble plus embarrassée; somnolence, rêvasseries; la face se colore, la tête est chaude, le pouls devient fréquent. (Compresses d'eau froide sur le crâne; calomel, 1,0.)

16. Subdelirium; paroles incohérentes, roideur et contracture des membres gauches, langue sèche, ventre tendu, météorisé. (Infusions de quinquina et de valériane.)

L'affaissement fait des progrès; le délire revient plus souvent; les évacuations urinaires et alvines sont involontaires; le pouls devient petit. La mort a lieu le 19 (environ trois mois après l'attaque).

Nécropsie. — Infiltration sous-arachnoïdienne. Injection de la substance cérébrale.

A la partie postérieure, inférieure et externe du corps strié droit existe un foyer hémorrhagique de cinq centimètres de long et de trois transversalement. Il renferme un caillot sanguin assez volumineux; il est tapissé par une membrane fine celluleuse. Autour de cette cavité, la substance cérébrale est ramollie dans une couche très mince. Plus loin, et dans le reste de l'organe, elle a sa consistance et sa couleur ordinaires.

Poumons et cœur à l'état normal. Organes digestifs sains.

CDXXXI[e] Obs. — Pauline Castelbeau, de Toulouse, domiciliée à Bordeaux, âgée de cinquante-six ans, ayant cessé d'être réglée à trente-sept ans, marchande de comestibles, d'un tempérament sanguin, éprouva, en janvier 1848, une vive contrariété suivie d'un accès de colère. Cette femme sentit dans son côté gauche une sorte de crampe. Elle était assise, et serait tombée si on ne l'eût soutenue. Aussitôt elle perdit connaissance, et on s'aperçut qu'elle était paralysée de tout le côté gauche. Quelques heures après, une saignée fut faite, et l'intelligence se rétablit. Au bout de deux mois, la paralysie se dissipa graduellement au membre inférieur, de telle sorte que la marche put s'effectuer; mais elle persista au membre supérieur, et s'y accompagna d'une contracture permanente.

Lors de l'entrée de cette femme à la clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 2 mai 1848, il ne restait plus de traces de la paralysie du membre inférieur, mais les traits de la face étaient déviés à droite. La langue sortait en ligne directe. La vue était faible du côté gauche; il existait une contracture de l'avant-bras et du bras gauches. Les doigts étaient fléchis, les trois derniers au point de presser la paume de la main. L'avant-bras était dans la demi-flexion; l'exten-

sion provoquait des douleurs très vives; elle était presque impossible. Les organes digestifs et respiratoires ne présentaient aucun phénomène morbide.

Pendant que cette malade vécut à l'hôpital, elle n'offrit aucune particularité digne d'être signalée. Le bras gauche était paralysé, contracturé, et presque insensible. Quant au membre inférieur, après avoir repris assez de motilité, il était devenu roide. Il survint, sans chute, une large ecchymose sur le côté externe de ce membre; puis des eschares se formèrent aux régions sacrée et trokantérienne. Affaiblissement progressif. Mort le 21 juillet (six mois après l'attaque).

Nécropsie. — Même contracture et même teinte ecchymotique que pendant la vie.

Substance blanche du cerveau pâle, un peu jaunâtre. Le ventricule latéral droit contient plus de sérosité que le gauche.

A la partie externe et postérieure du corps strié droit, on distingue les restes d'un foyer apoplectique; toute cette partie est notablement injectée et ramollie. Il y a une cavité étroite, dont les parois sont molles, d'un blanc jaunâtre. Il n'y a pas de traces de caillot. On ne distingue pas de membrane spéciale. Le tissu comme tomenteux qui tapisse cette cavité très resserrée, semble continu avec les parois. Septum lucidum et voûte à trois piliers très ramollis.

Sérosité sanguinolente en assez grande quantité à la base du cerveau.

Cervelet, protubérance annulaire, moelle allongée sains.

Les poumons et le cœur n'offrent rien de particulier, ni les organes contenus dans l'abdomen.

CDXXXII^e Obs. — Femme, soixante et un ans. Attaque d'apoplexie en octobre 1827. En mars 1828, paralysie complète du mouvement du bras gauche, incomplète de la jambe du même côté; pas de déviation de la face ni de la langue, parole facile. Mort cinq mois après par une maladie étrangère au cerveau. — Kyste apoplectique dans le corps strié droit, contenant un liquide jaunâtre et tapissé par une membrane d'apparence séreuse; des lames pseudo-membraneuses passaient d'une paroi à l'autre [1].

CDXXXIII^e Obs. — Femme, soixante et un ans. 2 janvier, attaque d'apoplexie, coma; hémiplégie droite, parole impossible, intelligence rétablie. Cet état persiste, et, au mois de novembre suivant, on constate encore la perte de la sensibilité et de la motilité des membres droits, la déviation de la face à gauche; intégrité des sens;

[1] (Service de Serres, à la Pitié.) *Lancette française*, 1829, t. II, n° 37, p. 145.)

de temps à autre, évacuations involontaires des urines et des matières fécales. Légère paresse intellectuelle; parole impossible, réduite aux syllabes *non, mami;* de plus, erreur dans le langage mimique, le geste oui est fait pour dire non; deux doigts sont levés pour exprimer le nombre quatre ou cinq; cependant, le jeu de la physionomie témoigne que l'idée a été comprise, et des efforts sont faits pour répondre juste. Mort de pneumonie en décembre. — Dépression au niveau de la scissure de Sylvius gauche, contenant un fluide gélatineux d'un blanc jaunâtre. La cavité qui le renferme, assez étendue, est bornée en bas par la seconde circonvolution temporale, en haut par la troisième circonvolution frontale, en dedans par le corps strié, très altéré à son tiers antérieur; dans ce foyer étaient comprises quelques autres circonvolutions voisines et l'insula de Reil. Parois de la cavité tapissées par une légère membrane celluleuse, de couleur jaunâtre, formée de vaisseaux capillaires très ténus, et dans laquelle le microscope démontre de rares fibres de tissu conjonctif, des corps granuleux dits inflammatoires, des amas jaunâtres amorphes de matière colorante, du sang et de nombreuses granulations moléculaires. Autour de la cavité, la substance cérébrale est un peu ramollie, surtout le corps strié [1].

CDXXXIV^e^ Obs. — Maçon, soixante-huit ans. En mai, pléthore céphalique, congestion subite, étourdissements, vertiges, perte de connaissance, parole embarrassée, hémiplégie droite, langue déviée à gauche, réponses justes. Mort en juillet. — Cerveau pâle et ferme. Cavité oblique dans le corps strié gauche, contenant une sérosité roussâtre et une petite quantité de sang noirâtre et coagulé, tapissée par une membrane jaune fauve [2].

CDXXXV^e^ Obs. — Cardeur de laine, soixante-huit ans, poitrine mal conformée, membres grêles, épistaxis fréquentes dans l'enfance. 15 octobre 1816, frissons, vertiges, éblouissements. Le soir, après le repas, nouveau frisson, pesanteur de tête, vertiges, éblouissements. 16, céphalalgie, vertiges, éblouissements, difficulté de prononcer les mots, faiblesse dans les mouvements du bras gauche, sensibilité conservée. 19, paralysie du membre inférieur gauche, prononciation difficile, intégrité de l'intelligence, morosité, pleurs faciles, crainte de la mort, céphalalgie frontale, affaiblissement de la vue, surdité, strabisme de l'œil droit, langue légèrement déviée à gauche, engourdissement de tout le côté droit; sentiment de formication dans les membres gauches, avec diminution de la sensibilité;

(1) Perroud, *Journal de Médecine de Lyon*, 1864, p. 99.

(2) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 13.

contracture du membre supérieur gauche; pouls plein, rare, assez fort; respiration ample, libre; puis légère amélioration. L'engourdissement du côté droit a disparu; vue rétablie, parole libre; mais les membres gauches restent paralysés, ils sont souvent douloureux. Plus tard, symptômes adynamiques, eschare au sacrum. Mort le 17 janvier 1817. — Méninges normales, ventricules exempts d'épanchement. Au centre du corps strié droit, kyste de la grosseur d'une petite noisette; il ne contient pas de sang, mais une goutte d'un liquide couleur de rouille. La partie du corps strié environnante est saine. Toutes les autres parties de l'encéphale sont à l'état normal. Phthisie calculeuse de Bayle; catarrhe vésical chronique (¹).

CDXXXVIe Obs. — Cordonnier, soixante-dix-sept ans, exposé à un froid vif en janvier, étourdissement, chute sans perte de connaissance, hémiplégie gauche. Le vingt-quatrième jour, délire passager. Mort le quarante-sixième. — Dans le corps strié droit, faisant saillie vers le ventricule, un sac membraneux long de deux pouces, lisse à l'intérieur, contient de petits caillots de sang. On le détache facilement de la substance cérébrale, qui est molle, jaunâtre, et profondément altérée (²).

Durant la période remplie par les faits précédents, les hémorrhagies du corps strié ont offert une fausse membrane dans le foyer creusé, analogue à celles qu'ont présenté les lobes en pareille circonstance. Elle a acquis de l'épaisseur, de la consistance, a constitué un kyste, et le sang a diminué, a disparu; il a été remplacé par un fluide roussâtre, couleur de rouille, plus ou moins épais. Des lames celluleuses se sont portées d'une paroi à l'autre; la cavité est devenue plus étroite et anfractueuse. Mais parfois, le corps strié, resté volumineux, faisait saillie dans le ventricule. Le ramollissement a pu s'étendre du côté du lobe moyen.

Quelquefois on n'a rien trouvé de pareil à une néo-membrane. Le corps strié était en une sorte de bouillie formée par le mélange intime du sang et de la substance cérébrale. Aucun travail de réparation n'avait été opéré, ou bien, quand une cavité existait, elle était rétrécie, et la production membraneuse s'était sans doute identifiée avec les parois.

(¹) Jacquet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, n° 87, p. 53.
(²) Bricheteau, *Journal complémentaire*, t. I, p. 146.

Le foyer a paru, dans un cas, s'étendre du côté externe, vers l'insula de Reil, et jusqu'aux circonvolutions frontales voisines (CDXXXIV).

TROISIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagie du corps strié; mort survenue plus d'un an après l'attaque.*

CDXXXVII^e Obs. — Coiffeur, quarante-six ans. En février 1821, attaque d'apoplexie, perte de connaissance. Hémiplégie gauche, qui ensuite diminue, et il ne reste que de la faiblesse. Phthisie. Mort en avril 1822. — Sérosité limpide, abondante, dans les ventricules latéraux. A la partie postérieure du corps strié droit, cavité d'un pouce et demi de largeur, remplie d'une matière ayant la couleur et l'épaisseur du chocolat. Pas de fausse membrane dans cette cavité. Tout autour, la substance cérébrale est transformée en pulpe jaunâtre. Cavernes pulmonaires [1].

CDXXXVIII^e Obs. — Sergenton, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution affaiblie par de fréquents excès alcooliques, avait été atteint en 1815, à l'âge de vingt-cinq ans, d'une attaque d'apoplexie. Le seul résultat de cette affection fut une paralysie du côté gauche, laquelle persista pendant vingt-trois ans. Alors survinrent des symptômes d'irritation pulmonaire. Cet individu fut admis à la clinique interne de l'hôpital Saint-André en août 1838. Environ un mois après son admission, il eut pendant la nuit une congestion cérébrale et une suffocation immédiatement mortelles.

Nécropsie. — Les vaisseaux de l'extérieur du crâne et des os eux-mêmes sont très engorgés. Dans la cavité de l'arachnoïde se trouvent 50 à 60 grammes d'une sérosité jaunâtre, épaisse, offrant en quelques points, et principalement sur les lobes antérieurs, de minces concrétions analogues à celles qui forment les rudiments des fausses membranes. Près du sinus longitudinal, il existe quelques adhérences, et l'arachnoïde est manifestement épaissie et opaque. Pie-mère très injectée et rougeâtre. Cerveau ferme et légèrement coloré par la multitude des points rouges qui marquent les orifices des vaisseaux divisés. Le corps strié droit présente une lésion évidemment très ancienne; il est remplacé par un kyste d'une couleur jaune-roussâtre, dont les parois sont formées par un tissu membraneux plus épais du côté du ventricule que du côté de la substance cérébrale. L'intérieur est constitué par un tissu lamineux très fin et éminemment vasculaire. Les vaisseaux y sont tortueux, visibles à

[1] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 335.

l'œil nu; on peut les considérer comme des capillaires variqueux. La substance cérébrale, en contact avec ce kyste, n'est ni ramollie, ni plus colorée que les autres parties de l'encéphale, lesquelles offrent un état parfaitement normal. Poumons tuberculeux. Un peu de sérosité trouble dans le péricarde. Cœur sain.

CDXXXIX[e] Obs. — Femme, cinquante-un ans, hémiplégie droite depuis sept ans. Bras droit roide et fléchi. Sensibilité intacte. Intelligence conservée, tristesse; parole altérée, bornée à quelques mots souvent répétés. Langue déviée à gauche. Surdité. Pneumonie. Mort. — Sérosité dans et sous l'arachnoïde. Lobule du corps strié gauche détruit, remplacé par une surface déprimée que recouvre une membrane jaunâtre assez consistante. Circonvolutions voisines jaunâtres. Les trois quarts postérieurs du corps strié sont détruits (1).

CDXL[e] Obs. — Cordonnier, cinquante-deux ans. Il y a un an, coup de sang, suivi de faiblesse et de tremblement du bras droit, d'où travail difficile et désespoir. Tentative de suicide. État ataxique. Mort. — Vaisseaux cérébraux injectés; infiltration séreuse sous-arachnoïdienne; arachnoïde ventriculaire épaisse, consistante et parsemée d'aspérités. Dans le corps strié gauche, à sa partie postérieure, cavité de la grandeur d'une petite amande contenant de la sérosité, tapissée par des vaisseaux nombreux s'étendant d'une paroi à l'autre (2).

CDXLI[e] Obs. — Femme, cinquante-six ans, hémiplégie à droite depuis cinq ans. — Dans le corps strié droit se trouve un kyste apoplectique formé par une pseudo-membrane résistante et jaunâtre, plus épaisse du côté du ventricule. A la partie postérieure du même hémisphère, petit foyer jaune-serin, de la grosseur d'une tête d'épingle. Hémisphère gauche parfaitement sain. Dilatation de la crosse de l'aorte (3).

CDXLII[e] Obs. — Femme, cinquante-sept ans. Il y avait depuis deux mois pesanteur, douleur de tête, vertiges, quand, en juillet 1792, elle eut un étourdissement sans perte de connaissance, suivi de faiblesse du côté gauche et de gêne de la parole; cependant, elle guérit, mais le côté gauche resta faible. En octobre 1812, céphalalgie, fièvre, paralysie gauche augmentée, stupeur, rêvasseries, etc. Mort le 14 novembre. — 5 ou 6 onces de sérosité à la base du crâne ou infiltrée sous l'arachnoïde; une once et demie dans les ventricules latéraux. A la partie antérieure et interne du corps strié droit,

(1) Durand-Fardel, *Traité du ramollissement du cerveau*, p. 293.
(2) Serres, *Revue médicale*, 1826, t. I, p. 419.
(3) Dilay, *Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 76.

légère dépression allongée, jaune, rouge-pâle, et au dessous cavité traversée par un grand nombre de brides celluleuses, faciles à rompre. Substance cérébrale voisine sans altération. Le lobe postérieur droit offre un ramollissement grisâtre, presque purulent (1).

CDXLIII° Obs. — Femme, soixante-deux ans, embonpoint considérable, visage coloré, cou court. Il y a neuf ans, fort étourdissement sans perte de connaissance, mais avec paralysie du côté droit. Cependant, la malade parvient à marcher en traînant la jambe. Le 23 juillet dernier, on la trouve immobile, sans parole; cependant, elle paraît entendre. Paralysie droite très prononcée, selles involontaires. Quelques jours après, pouls 84. Affaiblissement rapide, respiration stertoreuse. Mort le 8 août. — 3 ou 4 onces de sérosité à la base du crâne, une once et demie dans les ventricules latéraux. Le corps strié gauche offre à son côté interne un sillon transversal dont le fond est d'un jaune-rouge pâle; il y a diminution de volume de cette éminence au devant du sillon, sous lequel existe une caverne d'un pouce de longueur, traversée par un grand nombre de liens celluleux et vasculaires, et contenant quelques gouttes de sérosité jaunâtre; les parois sont denses et de couleur acajou pâle. Ramollissement blanc, grisâtre, pultacé, d'une partie du lobe antérieur gauche et du côté correspondant du corps calleux (2).

CDXLIV° Obs. — Homme, âgé de soixante-deux ans, qui, disait-on, avait une paralysie partielle du côté droit depuis l'âge de deux ans. Il n'avait pas eu d'attaque de convulsion, mais son intellect était obtus. Il éprouva une rétention d'urine, et on reconnut qu'il traînait la jambe droite, et que le bras droit était aussi devenu faible. Il lui était impossible de mouvoir le poignet et les doigts; mais la jambe avait sa forme et son volume ordinaires, tandis que le membre supérieur présentait l'état suivant : doigts longs et minces, fléchis dans la paume de la main, et le poignet sur l'avant-bras, comme une griffe d'oiseau; avant-bras fléchi sur le bras, mais pouvant être redressé, quoique son mouvement fût diminué; motilité des doigts et du poignet tout à fait nulle. La sensibilité était conservée à la peau de ce membre, qui était atrophié, mesurant deux pouces de circonférence de moins que le membre gauche. La rétention d'urine, l'engorgement de la prostate firent des progrès, et le malade mourut trois semaines après son entrée à l'hôpital. — Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux; le droit est normal; le gauche offre à la partie postérieure du corps strié une saillie lobu-

(1) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 123, 2e édition, p. 191.
(2) Rochoux, *ibidem*, 1re édition, p. 126, 2e édition, p. 194.

leuse qui envahit un peu la couche optique. Il y a une destruction de la substance cérébrale, remplacée par une cavité profonde, dont les bords sont abruptes, et qui est recouverte par la membrane des ventricules épaissie. Cette cavité est traversée par quelques fibres minces, et contient un fluide pâle et clair. Les fibres profondes des éminences creusées semblaient simplement écartées comme par une dissection des faisceaux. Cerveau d'ailleurs sain. Dure-mère plus ou moins adhérente au crâne; arachnoïde en quelques points épaisse sur les circonvolutions, et, de plus, elle adhère à la dure-mère, vers la partie supérieure des deux lobes moyens, où se trouvent des plaques minces de fausse membrane çà et là teinte de sang et ailleurs décolorée. L'examen microscopique du fluide contenu dans le kyste du corps strié présente une matière albumineuse granulée et des corpuscules amyloïdes. La néo-membrane tapissant sa cavité présente des fibres très fines et des noyaux allongés. (Engorgement de la prostate, fausse route derrière la portion caverneuse de l'urèthre, etc.; reins granuleux) (1).

CDXLVe Obs. — Homme, soixante-trois ans, petite taille, cou court, antécédents inconnus, apoplexie ancienne. 15 février, face violacée, respiration grande et rare, pouls mou. Le malade ne répond ni ne montre sa langue. Mobilité des pupilles, mouvement des membres libres. Deuxième jour, coma, paralysie du bras droit, stertor. Mort dans la nuit. — Infiltration sous-arachnoïdienne. Demi-once de sérosité dans le ventricule droit. Le corps strié gauche présente à sa partie antérieure un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, vide, tapissé d'une membrane lisse, se détachant facilement de la substance cérébrale, qui était jaunâtre. Vaisseaux engorgés; cerveau parsemé de points rougeâtres (2).

CDXLVIe Obs. — Femme, soixante-quatre ans, atteinte, il y a trente ans, d'une apoplexie, avec hémiplégie gauche et paralysie de la langue. Cet état guérit au bout de sept à huit mois. Il ne resta qu'un peu de roideur au bras gauche; de temps à autre, des étourdissements et un fourmillement aux membres inférieurs. Récemment, le 15 mai, éblouissement; le 17, perte de connaissance et chute. La sensibilité, le mouvement sont conservés. Agitation extrême; bras gauche contracturé, bras droit continuellement en mouvement; face rouge, tuméfiée; pouls fort, un peu accéléré; chaleur augmentée (émissions sanguines). La connaissance se rétablit. Réponses justes, appétit, mais la contracture du bras persiste.

(1) Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1856, t. VII, p. 8.
(2) Lerminier, *Annuaire des Hôpitaux*, 1819, p. 218.

22 mai, hoquet, nouvelle attaque. Mort le 25. — Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Pie-mère épaissie, infiltrée de sérosité à la convexité. Cerveau d'une couleur uniforme, rose-pâle aux deux hémisphères. Dans le corps strié droit, cavités ou vacuoles de diverses grandeurs, à parois rougeâtres, sans lésion de la substance médullaire voisine (¹).

CDXLVII° Obs. — Homme, soixante-six ans, forte constitution. En juin 1809, perte de connaissance et perte de la parole. En février 1810, idées justes, mais parole très difficile. Force égale des membres des deux côtés. 19 avril, affaiblissement brusque et perte de la vue; pupilles contractées, immobiles; céphalalgie à droite. 14 mai, la vue se rétablit. Février 1811, affaiblissement physique et moral, perte de l'ouïe, de la parole. Mort le 22 mars. — Plus de deux onces de sérosité à la base du crâne. Une once dans chaque ventricule latéral, un peu moins dans les troisième et quatrième. A la partie antérieure et externe du corps strié droit, dépression allongée correspondant à une cavité de cinq à six lignes d'étendue, traversée par des filaments vasculeux et contenant une sérosité brune. Tout le lobe postérieur gauche est réduit en une pulpe jaunâtre, avec de petits foyers purulents. L'altération est surtout dans la substance corticale; la substance médullaire offre des espèces de cloisons. Le ramollissement s'étend jusqu'au voisinage du ventricule (²).

CDXLVIII° Obs. — Femme, soixante-huit ans. A quarante-six ans, attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie gauche, et plus tard de la contracture des extenseurs du pied et des fléchisseurs des doigts. Mobilité en grande partie revenue au membre inférieur. Sensibilité intacte, parole libre; mais, parfois, sortes d'accès qui rendaient le membre inférieur plus faible et la parole plus embarrassée, sans lésion de l'intelligence. Mort par suite d'un érysipèle phlegmoneux. — Ancien foyer (datant de vingt-deux ans) creusé aux dépens du côté extérieur et postérieur du corps strié droit, fermé du côté du ventricule par une simple membrane molle et demi-transparente. Cette cavité ne contient que de la sérosité. Sa paroi inférieure est ouverte du côté de la scissure de Sylvius, mais limitée par la couche optique et par la substance médullaire du lobe moyen; elle est tapissée par une membrane celluleuse très fine, sous laquelle la substance cérébrale offre des taches jaunâtres superficielles (³).

CDXLIX° Obs. — Homme, quatre-vingts ans, hypertrophie du cœur.

(¹) Garrigou, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1859, n° 160, p. 30.
(²) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 111, 2e édition, p. 180.
(³) Bouvier, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. VI, p. 53.

Il y a dix ans, coup de sang, gêne de la parole. — Dans le corps strié gauche, petite cavité séparée du ventricule par une couche mince de substance cérébrale, contenant une sérosité limpide, tapissée par une membrane mince (¹).

Cette série nous donne les modes variés de cicatrisation que peut présenter le corps strié. La base la plus ordinaire est la pseudo-membrane, qui a tapissé le foyer hémorrhagique, qui s'est organisée, épaissie, puis identifiée avec les parois. Cette membrane est épaisse du côté du ventricule, ou bien elle conserve longtemps une mollesse et une finesse assez grandes, ou enfin elle fait défaut. Le corps strié est tantôt déprimé, tantôt relevé en saillie lobuleuse; mais toujours la cavité hémorrhagique laisse une trace indélébile. Cette cavité est traversée par des brides, qui la resserrent et la rendent anfractueuse; et ces tissus prennent généralement l'aspect d'une sorte de cicatrice assez solide : c'est le résultat d'un travail réparateur de plusieurs années.

§ II. — Hémorrhagie du corps strié, avec rupture du foyer dans le ventricule latéral.

Cette circonstance d'une effusion de sang dans le ventricule latéral voisin, par suite de la rupture d'un foyer hémorrhagique du corps strié, est très importante. Elle donne à cette hémorrhagie une gravité incontestable. Elle modifie aussi les phénomènes qui l'accompagnent.

CDLᵉ Obs. — Femme, vingt-trois ans, deuxième grossesse; en travail depuis quatre heures. Céphalalgie, vertiges, et autres symptômes de congestion cérébrale. Quelques heures après, perte de connaissance et mort instantanée. — Caillot de sang noir dans le ventricule droit du cerveau, dans le gauche, le moyen et celui du cervelet, se prolongeant dans une déchirure du corps strié droit (²).

CDLIᵉ Obs. — Femme, quarante ans, robuste, enceinte pour la

(¹) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 8.

(²) Mémoires de Mme Lachapelle. (Moynier, *Morts subites chez les femmes enceintes*. Paris, 1858, p. 117.)

troisième fois. Au quatrième mois de sa grossesse, œdème presque général; au septième, dyspnée, accouchement artificiel. Le sixième jour des couches, par suite d'impression pénible et de frayeur, céphalalgie, agitation, ventre tendu, suppression des lochies, fièvre. Deuxième jour, cris, agitation, déviation de la face à gauche, langue inclinée à droite, pupilles dilatées, bras droit peu mobile et se contractant dès qu'on veut l'étendre; sensibilité un peu obtuse, respiration stertoreuse, écume à la bouche, main gauche se portant vers le front. Troisième jour, stertor, coma, contracture des deux bras quand on veut les mouvoir; sueur abondante, affaissement, insensibilité. Quatrième jour, mort. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, limpide, jaune, abondante. Ecchymoses brunes sur quelques circonvolutions. Substance blanche fortement ponctuée. Dans le ventricule gauche, caillot gros comme un œuf de poule. Corps strié détruit en avant. La surface interne du ventricule offre une sorte d'exsudation grise, pultacée, teinte çà et là par la matière colorante du sang. Septum intact, mais dévié de gauche à droite. Artères de la base saines ([1]).

CDLII[e] Obs. — Femme, quarante-cinq ans, atteinte de syncope dans la rue. La respiration n'est pas stertoreuse, le pouls est extrêmement petit et faible, les pupilles sont légèrement et également dilatées. La mort a lieu au bout d'une heure. — Veines superficielles du cerveau injectées; substance de cet organe ferme et sans vascularité anormale. Toutes les artères de la base sont infiltrées de dépôts athéromateux. Dans le corps strié droit se trouve un caillot de sang, qui fait saillie dans le ventricule et le remplit. Ce caillot pèse cinq drachmes et demi. La substance du corps strié autour du caillot est déchirée et ramollie. Dégénération adipeuse du cœur et du foie ([2]).

CDLIII[e] Obs. — Horloger, cinquante-six ans, phlegmatique, ivrogne, ayant eu quinze mois avant une attaque de paralysie, qui avait laissé la mémoire moins nette et la parole moins libre. Douleurs néphrétiques. 27 mars, paralysie droite complète, agitation; le malade comprend sa position; il ne peut articuler les mots, il fond en larmes de temps en temps, se désespère; alors il profère quelques syllabes, en les accompagnant de gestes. (Saignée; sang couenneux; surface du caillot rétractée.) Deux heures après, agitation des membres gauches, insensibilité; pupilles resserrées, respiration stertoreuse, pouls 64, impossibilité d'avaler. Le 28, pouls 88,

([1]) Ménière, *Archives*, 1828, t. XVI, p. 509.
([2]) G. Gibb, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1855, t. VI, p. 30.

fort et irrégulier, respiration irrégulière, stertoreuse, coma, pupilles dilatées. Mort. — Grande quantité de sang dans le crâne. Dans le sinus longitudinal, sang en partie coagulé. Veines de la pie-mère très engorgées. Substance cérébrale plus ferme qu'à l'ordinaire; substance cendrée peu colorée, avec points sanglants disséminés. Beaucoup de sang dans le ventricule droit. Coagulum volumineux, qui remplit aussi l'autre ventricule. La communication a lieu par la perforation du septum. Le ventricule gauche, non seulement distendu, a sa paroi supérieure rompue, et le sang est en contact avec la partie du cerveau altérée. La surface de ce ventricule est irrégulière et déchirée. Sa partie antérieure est large et pleine de sang coagulé. Le coagulum provient de la déchirure du corps strié. Le plexus choroïde contient sept ou huit vésicules. Les troisième et quatrième ventricules sont pleins de sang (¹).

CDLIVᵉ Obs. — Femme, cinquante-neuf ans. Anévrysme du cœur. En mars, apoplexie, hémiplégie droite. Mort vingt-quatre heures après l'attaque. — Épanchement de sang dans les quatre ventricules, provenant de la rupture du corps strié gauche, qui contient un caillot volumineux. Hypertrophie concentrique du cœur; point d'ossification de l'aorte (²).

CDLVᵉ Obs. — Femme, cinquante-neuf ans, trouvée le 20 mai sur un escalier, insensible; on la croit ivre; mais elle était très sobre et n'avait fait aucun excès le même jour. Coma, stertor, pupilles contractées, pâleur, pouls 120, faible et irrégulier; hémiplégie droite, bouche déviée à gauche, dyspnée, etc. Mort le cinquième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne considérable. Vaisseaux des hémisphères très injectés. Foyer hémorrhagique dans le corps strié gauche, dont le tiers postérieur est pulpeux et déchiré, entouré par une couche de caillots, s'étendant à un demi-pouce dans la substance médullaire voisine; ce foyer s'est ouvert dans le ventricule gauche, lequel est rempli de sang récemment épanché et de sérosité sanguinolente. Plusieurs kystes dans les plexus choroïdes. Vaisseaux de la scissure de Sylvius larges, épais et roides, infiltrés de matière athéromateuse. Taches athéromateuses dans l'aorte et les valvules sigmoïdes et mitrale. Hépatisation d'une partie du poumon (³).

CDLVIᵉ Obs. — Jeanne Gautier, âgée de cinquante-neuf ans, domiciliée au dépôt de mendicité de Bordeaux, d'une constitution assez forte, avait eu, en 1836, une attaque d'apoplexie avec paralysie

(¹) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 98. (Copemann, p. 89.)
(²) Guillemin, Thèses de Paris, 1818, n° 100, p. 8.
(³) Hughes Bennett, *Clinical lectures*, p. 884.

du mouvement du côté droit; la sensibilité n'avait point été modifiée. Cette paralysie durait encore, lorsque, le 21 février 1840, la femme Gautier fut reçue à la clinique. Elle ne réclamait pas de soins pour son affection ancienne, qu'elle regardait comme une infirmité incurable. Elle éprouvait depuis huit jours une fièvre continue avec inappétence, soif, vomissements bilieux verdâtres, douleur abdominale, sécheresse et rougeur de la langue, constipation. (Dix sangsues à l'épigastre; cataplasmes; tisane d'orge; bouillon léger et froid.) Du reste, parole facile, face régulière, intelligence normale.

22. La fièvre continue, le pouls est plus développé, la peau plus chaude; l'irritation gastro-intestinale semble augmenter. (Saignée du bras qui fournit un caillot consistant, recouvert d'une couenne dense, épaisse et jaunâtre.)

24. Nulle modification, sécheresse de la langue, même fréquence du pouls, ballonnement du ventre.

25. Affaissement, délire.

Aggravation successive des symptômes, et mort le 29.

Nécropsie. — La maigreur est peu prononcée. Les membres du côté hémiplégié sont légèrement atrophiés. Roideur cadavérique. Quelques taches pétéchiales sur la paroi abdominale.

Les veines du cerveau sont engorgées. Infiltration sous-arachnoïdienne. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Le corps strié gauche est creusé dans sa presque totalité par une vaste cavité vide, dont les parois sont tapissées par une membrane fine dont la couleur ressemble à celle de la rouille. Cette membrane s'observe dans toute la capacité de la caverne, à l'exception d'une portion très petite de la paroi interne correspondant au ventricule, et où se voit une ouverture qui met en communication la cavité du ventricule avec l'ancien foyer hémorrhagique du corps strié. Cette ouverture n'est que tapissée à demi par la pseudo-membrane, qui forme là comme une espèce de valvule. Des vaisseaux nombreux et ramifiés s'observent dans cette membrane; elle est baignée par une petite quantité d'un fluide séreux. Le cerveau, du reste, paraît sain. Le cervelet ne présente aucune trace d'altération.

Sérosité assez abondante épanchée dans la cavité péritonéale. Le foie s'étend jusque dans l'hypocondre gauche. Cet organe offre quelques adhérences avec le diaphragme. Son tissu est gorgé de sang, mais ne présente pas d'autre altération.

L'estomac est rétréci, allongé. La muqueuse offre un pointillé rouge très prononcé du côté du cardia. Les points qui le forment sont très rapprochés. Le duodénum est très rouge à son origine.

État normal des organes de la circulation. Poumons fortement engoués.

CDLVII[e] Obs. — Homme, soixante ans, brun, cou court et gros, robuste, irascible, ivrogne ; chagrins. En juin, bâillements, aphonie, hémiplégie droite; il ne peut tirer la langue. Mort le troisième jour. — Épanchement d'une once et demie de sang dans le ventricule gauche. Désorganisation de la partie antérieure du corps strié de ce côté. Dans le ventricule droit, demi-once de sérosité roussâtre ([1]).

CDLVIII[e] Obs. — Cocher, soixante ans, bonne santé. 30 décembre, perte de connaissance, chute sur le côté droit; respiration embarrassée; le malade ne reprend pas connaissance; pouls 80, stertor. Mort le septième jour. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux cérébraux. Deux onces de sang liquide dans les ventricules latéraux. Érosion du corps strié gauche creusé par une cavité allongée, inégale, contenant quatre ou cinq onces de sang noir en partie coagulé; parois d'un rouge foncé, très molles, environnées elles-mêmes d'une multitude de petits caillots, et plus, en dehors, par une couche jaunâtre et très molle. Une déchirure, située en dedans, s'ouvrait dans le ventricule ([2]).

CDLIX[e] Obs. — Femme, soixante ans, de forte constitution, ramassée dans la rue le 24 août. État soporeux; face colorée, bouche entr'ouverte, respiration lingustueuse, puis stertoreuse; pupilles dilatées; résolution et insensibilité complète des membres droits, légère motilité des membres gauches. Incontinence des urines et des matières fécales. Pouls large, lent, régulier; chaleur naturelle, pas de déviation de la face. Quelques mots prononcés sans suite. Mort le 30. — Méninges injectées. Cerveau sablé. Caillot sanguin d'une once dans le ventricule gauche, tirant sa source du corps strié, déchiré à son centre dans une profondeur de cinq à six lignes ([3]).

CDLX[e] Obs. — Marie Penne, âgée de soixante-cinq ans, de Bordeaux, couturière, d'une constitution délicate, eut en 1840 une attaque d'apoplexie qui amena une hémiplégie droite. Au bout de six mois environ, le mouvement était revenu. Vers la fin de 1841, deuxième attaque qui renouvela l'hémiplégie droite, dont la durée ne fut que de trois mois. La malade avait repris l'usage complet de ses sens, de ses membres; elle travaillait même pour vivre. Le 4 avril 1842, après un repas assez copieux, elle perd connaissance, tombe et ne peut se relever. (Sinapismes aux jambes.) Au bout d'une heure, elle semble reprendre l'usage de ses facultés intellectuelles;

([1]) Guenin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 222, p. 12.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 25.
([3]) Forget, *Gazette médicale*, t. VI, 1838, p. 788.

elle peut articuler quelques mots, mais elle est paralysée de tout le côté droit.

Portée à l'hôpital Saint-André, le 5 avril, on constate les symptômes suivants : face pâle ; traits déviés, tirés à gauche. Pupilles resserrées, impossibilité de faire parler et probablement de faire comprendre les questions. Abolition complète de tout signe d'intelligence. Membres supérieur et inférieur droits paralysés du mouvement, et insensibles aux piqûres les plus fortes ; soulevés, ils retombent de tout leur poids ; ils sont froids, d'une teinte violacée. Le côté gauche est normal. La déglutition est gênée ; on ne peut voir la langue. Vomissement des aliments pris la veille. Nulle douleur abdominale. (Dix sangsues derrière l'oreille gauche, vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds.)

Soir. Face colorée ; pouls fréquent, 104, large ; coloration du visage. (Saignée du bras, qui fournit un caillot peu consistant recouvert d'une couenne mince et molle.)

6. L'hémiplégie droite persiste ; dysphagie, pupilles resserrées, yeux entr'ouverts, urines involontaires, pouls toujours fréquent et large. (Dix sangsues derrière l'oreille gauche ; calomel, 1,0.)

7. Coma profond, respiration embarrassée, impossibilité d'avaler, pouls petit. (Lavement de séné.)

8. Mort.

Nécropsie. — Amaigrissement. Les membres du côté paralysé sont légèrement atrophiés. Roideur cadavérique. L'incision du cuir chevelu donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang noir. La dure-mère semble plissée à sa surface ; on dirait qu'ayant enveloppé un organe dans le principe plus volumineux, elle est revenue sur elle-même, s'est ridée à mesure que le volume de cet organe a diminué. L'arachnoïde est dans un état normal. Légères adhérences le long du sillon longitudinal, près de la ligne médiane. La pie-mère est dans un état de congestion très prononcé. Cette membrane présente un lacis vasculaire, plus évident surtout à la partie inférieure du cervelet.

L'hémisphère droit, ainsi que toutes les parties qui entrent dans sa composition, ne présentent aucune altération. Après avoir enlevé les premières tranches de la partie supérieure de l'hémisphère gauche, on trouve la substance cérébrale injectée. Cet état existe aussi plus profondément. A la partie externe et postérieure du corps strié, existe un foyer hémorrhagique ayant 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Cette cavité contient un sang noir, fluide, et un caillot noirâtre consistant, qui se prolonge jusque dans le ventricule. La surface de ce foyer est inégale, n'est revêtue par aucune membrane. La portion du corps strié qui ne fait pas partie de la

cavité est un peu ramollie. La couche optique voisine est intacte, ainsi que la cloison interventriculaire. Le ventricule droit ne contient que de la sérosité sanguinolente.

Poumons sains. Le tissu du cœur est mou, il se déchire facilement. La paroi du ventricule gauche est un peu épaissie, sa cavité est assez ample.

L'estomac a une teinte grisâtre à l'intérieur. La muqueuse intestinale ne paraît pas enflammée.

Le foie est volumineux, son tissu est sain. La vésicule biliaire très développée, contient une matière épaisse d'un noir foncé.

La matrice est petite; l'ovaire droit est converti en une masse globuleuse, mamelonnée. Son tissu est dur, consistant, élastique, fibro-cartilagineux, offrant une injection vasculaire et un pointillé rouge très prononcé.

L'ovaire gauche présente un petit kyste à parois minces et pellucides, renfermant un liquide transparent.

CDLXI° Obs. — Femme, soixante-neuf ans, petite stature, maigre, brune. Attaque d'apoplexie il y a trois mois, rétablissement très incomplet de l'usage des facultés intellectuelles; paralysie du côté droit; agitation, délire et insomnie ou assoupissement. — Deux onces de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde, surtout à gauche. Infiltration séreuse de la pie-mère. Cerveau très ferme. Deux onces de sérosité trouble dans les ventricules latéraux. A la partie externe du corps strié gauche, cavité irrégulièrement allongée, remplie de sang altéré, fibrineux, filamenteux. Cette cavité communique par une ouverture avec le ventricule latéral. Ses parois sont plus fermes que le reste du cerveau, et ont une couleur jaune-rouge claire (1).

CDLXII° Obs. — Femme, soixante-neuf ans, constitution vigoureuse, tempérament sanguin, migraine de temps à autre. Engourdissement douloureux du bras droit, céphalalgie, gêne des mouvements de la langue, battements de cœur forts; amélioration. Quelques récidives de paralysie, espèce de convalescence. Mort soudaine. — Le corps strié droit a été la source de l'hémorrhagie qui s'est faite dans l'hémisphère et dans le ventricule droit, et de celui-ci dans le gauche. Le lobe droit du cervelet présente quelques traces d'épanchement sanguin (2).

CDLXIII° Obs. — Femme, soixante-dix ans, forte constitution, excès alcooliques. 23 octobre, perte de connaissance, face injectée; yeux fermés, pupilles mobiles, lèvres couvertes d'écume; respiration

(1) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 95, 2e édition, p. 165.

(2) Martin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 181, p. 15.

stertoreuse, fréquente; joues gonflées à chaque expiration; pouls fréquent, dur; peau chaude, couverte de sueur visqueuse; abdomen douloureux à la pression. Membres engourdis et immobiles, à moins qu'on ne les excite; alors ils se contractent. Efforts de vomissement. Deuxième jour, augmentation des symptômes. Mort dans la nuit. — Vaisseaux de la tête distendus, cerveau de couleur rosée, ventricules énormément élargis par un épanchement de sang fluide provenant du corps strié droit déchiré, et contenant lui-même un caillot de la grosseur d'un œuf de poule. Estomac légèrement rouge (1).

CDLXIVe Obs. — Femme, soixante-dix ans, robuste, grasse, étourdissements fréquents. Octobre, après déjeuner, perte de connaissance et chute. Face injectée, stertor, pouls fort et plein, rigidité des membres assez prononcée, sensibilité générale conservée; pupille droite très dilatée, pupille gauche très contractée. Les membres ne paraissent pas paralysés. Face pâle, vomissement, déglutition facile. Mort trois quarts d'heure après l'invasion de l'attaque. — Corps strié droit déchiré, épanchement considérable de sang dans le ventricule droit et dans le gauche. Septum déchiré; le sang s'est infiltré dans la pie-mère et à la base du crâne (2).

CDLXVe Obs. — Femme, soixante-dix ans, de forte constitution, de tempérament sanguin, mère de douze enfants, adonnée aux boissons alcooliques, mais de bonne santé. 25 décembre, perte de connaissance et chute, face injectée; bouche entr'ouverte, déviée à gauche; écume aux lèvres; pupilles dilatées irrégulièrement, immobiles; membres gauches paralysés; respiration bruyante, stertoreuse; pouls fort, fréquent; peau chaude, sueur visqueuse. Mort le deuxième jour. — Vaisseaux de la tête engorgés. Gouttelettes de sang répandues sur la dure-mère. Ventricules distendus par une grande quantité de sang provenant de la rupture du corps strié droit, qui contient en outre un caillot gros comme un œuf de poule. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Estomac rouge (3).

CDLXVIe Obs. — Femme, soixante-quatorze ans. Avril, tout à coup perte de connaissance, hémiplégie droite, parole nulle, surdité, face violette, assoupissement, stertor. Mort le cinquième jour. — Dure-mère adhérente aux os, vaisseaux engorgés; le corps strié gauche et la partie voisine du cerveau offrent une cavité pouvant loger quatre onces de sang; il y a une petite crevasse du côté du

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 348.

(2) Quesneville, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 326.

(3) Dufour, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1828, n° 201, p. 14.

ventricule, lequel contient du sang épanché. Les parois de la caverne sont pulpeuses, diffluentes, jaunâtres ([1]).

CDLXVII[e] Obs. — Femme, quatre-vingt-six ans. Hémiplégie gauche, grande gêne de la parole, conservation de l'intelligence, membres flasques. Six heures après, coma profond, contracture et mouvements convulsifs du bras droit, puis roideur des deux bras; enfin, résolution générale, et mort vers la trente-sixième heure. — Corps strié droit profondément détruit par un foyer hémorrhagique largement ouvert dans le ventricule. Les quatre ventricules sont pleins de sang ([2]).

Les 18 faits de cette catégorie donnent l'occasion de quelques remarques. Sans y chercher une signification, je note d'abord celle-ci, que le nombre des femmes y est en très forte majorité. Je reconnais aussi que le corps strié gauche a été plus souvent affecté que le droit. L'hémorrhagie ne s'est pas toujours faite de suite dans le ventricule voisin. Une ou deux attaques ont parfois précédé celle que la rupture du foyer a rendue mortelle. L'écoulement de sang a eu lieu dans le ventricule le plus proche; mais souvent, il s'est rapidement étendu dans les autres ventricules en rompant le septum lucidum, distendant les parois, et quelquefois en les déchirant. Quand la crevasse du foyer a été étroite, le sang, peut-être déjà à demi-coagulé, n'a coulé qu'en petite quantité, et la mort n'est survenue qu'au bout d'un certain temps; mais un fait extrêmement remarquable est celui de la guérison d'un foyer hémorrhagique du corps strié, bien qu'ouvert dans le ventricule. J'ai pu, dans ce cas, trouver le trajet rétréci, voir la membrane continue avec celle de la cavité, revêtant ce trajet et lui formant du côté du ventricule comme une sorte de valvule; enfin, constater l'absence du sang dans celui-ci et dans le foyer. Quatre ans s'étaient écoulés entre la production de cette hémorrhagie et l'époque où je remarquai les curieux vestiges qu'elle avait laissés (CDLXVI).

([1]) Rivière, Thèse, 1811, n° 52, 4[e] obs., p. 10.
([2]) Durand-Fardel, *Archives*, 4[e] série, t. II, p. 304.

§ III. — Hémorrhagies des deux corps striés.

Les deux corps striés peuvent être atteints d'hémorrhagie, tantôt successivement, tantôt simultanément. Ces deux modes doivent être distingués.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Hémorrhagies affectant les deux corps striés successivement.*

CDLXVIII° OBS. — Homme, trente-quatre ans, bien constitué. Il y a neuf ans, légère paralysie du bras gauche. Céphalalgie frontale, étourdissements, trouble de la vue. En septembre, hémiplégie subite du côté gauche, joue gauche pendante et peu sensible, prononciation non distincte, impossibilité de souffler, de siffler; perte complète de la motilité et presque complète de la sensibilité du bras et de la jambe gauches. Chaleur de la tête, douleur au vertex; dilatation et contractilité égales des deux pupilles; pouls faible, 60; respiration facile; intelligence un peu affaiblie; perte momentanée de la vue de l'œil gauche, avec chute de la paupière et dilatation de la pupille; cessation de l'action reflexe à la jambe gauche. Quelques accès convulsifs, et même opisthotonos; évacuations involontaires, contracture des fléchisseurs du bras paralysé. Mort huit mois après l'attaque. — Os du crâne minces, déprimés (anciennes ulcérations et cicatrices du cuir chevelu). Adhérences partielles de la dure-mère et de l'arachnoïde par quelques plaques fibrineuses. Opacité de l'arachnoïde en divers points. Développement des glandules de Pacchioni. Vaisseaux méningiens et cérébraux injectés. A la jonction du corps strié gauche et de la partie voisine de l'hémisphère, restes d'un ancien foyer de la grosseur d'une fève. Le sang y est demi-fluide. Autour du foyer, la substance cérébrale est ramollie. Corps strié infiltré de sérosité, ramolli. A son extrémité antérieure et externe, tumeur jaune verdâtre irrégulièrement allongée, presque de la grosseur d'une noix, entourée de substance cérébrale ramollie et décolorée. Le long du bord externe du corps strié et de la couche optique droits, petite masse analogue, formée de deux noyaux, de la grosseur du plomb de chasse, liés entre eux par une sorte de pédicule. Substance cérébrale voisine ramollie. Quelques tubercules à l'état crétacé au sommet du poumon (1).

CDLXIX° OBS. — Auguste Lacaze, âgé de quarante ans, né à

(1) Pet. Eade, *The Lancet.* (*Gazette médicale*, 1858, p. 614.)

Brest, marin, d'une stature élevée, robuste et sanguin, était en pleine mer, revenant en France, de Saint-Yago de Cuba, au commencement d'avril 1846, lorsque, vers quatre heures du soir, un orage éclate, les éclairs se succèdent rapidement, le tonnerre gronde avec fracas. A ce moment, Lacaze sent un coup violent à l'épaule gauche. Il éprouve des éblouissements, des vertiges, mais il ne voit rien de brillant autour de lui. Il ne perd point connaissance; seulement il sent le bras d'abord, la jambe ensuite, devenir faibles. Cinq minutes après, il est réellement paralysé de tout le côté gauche; jusque là il était resté appuyé contre un mât, mais, quand il veut faire quelques pas, il chancelle et tombe. Ses camarades sont obligés de le relever et de le soutenir pendant trois heures; il reste, dans cet état, exposé à une pluie très abondante. La sensibilité était détruite, aussi bien que le mouvement, dans les membres gauches. Il y eut pendant huit jours de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements; la parole était embarrassée, mais les diverses fonctions ne parurent pas troublées. Les soins qu'il reçut sur le navire ne pouvaient être qu'incomplets, et cependant, au bout d'un mois, le mouvement revint un peu au membre inférieur; toutefois, la marche était impossible.

Admis à la clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 14 mai 1846, on constate l'état suivant : La motilité du membre supérieur gauche est complètement abolie; soulevé, il retombe de son propre poids; il ne peut exécuter aucun mouvement de latéralité. La sensibilité y est diminuée; le bras est amaigri; les muscles sont mous et flasques. Le mouvement est un peu revenu dans le membre inférieur, c'est à dire, qu'étant couché, le malade fait exécuter à la jambe certains mouvements assez limités de flexion, d'extension, d'adduction ou d'abduction; mais il ne peut ni marcher, ni même se tenir debout. La sensibilité est également un peu émoussée à la joue gauche; cette partie est comme engourdie; les mouvements des paupières s'exécutent avec facilité. La parole, qui, de suite après l'accident, avait été fort embarrassée, était devenue plus facile. Le visage n'est point dévié. Point de céphalalgie ni de vertiges. Pouls normal.

Quelques jours après cet examen, on observa que la sensibilité était quelquefois exagérée, exaltée dans les membres paralysés; que les mouvements imprimés à ces membres étaient douloureux, et que des petites contractions involontaires avaient lieu dans les jambes. Les moyens employés consistèrent alors en un régime tempérant, des bains simples et tièdes, et des boissons délayantes. L'excitation manifestée par le système nerveux ne tarda pas à s'apaiser, et l'état du sujet devint à peu près stationnaire.

Pendant les mois de juin, juillet et août, les moyens suivants furent successivement employés : Sangsues à l'anus et derrière l'oreille droite, une saignée du bras, ventouses scarifiées et cautères le long du rachis, calomel et jalap, bains sulfureux, extrait de noix vomique, vésicatoires ammoniacaux saupoudrés avec la strychnine.

Le 6 août, on constate que les membres paralysés sont dans la même impotence et le même amaigrissement. Alors est commencé l'usage de la brucine à la dose d'un centigramme soir et matin. Ce médicament est très graduellement augmenté jusqu'à cinq centigrammes. Il y avait des secousses assez vives dans le côté gauche, surtout pendant la nuit, et quelques douleurs passagères. Le 12 septembre, on reconnaît un mieux évident.

Le 1er octobre, l'amélioration était plus sensible; le malade exécutait des mouvements avec sa jambe; il se levait, marchait assez facilement avec l'aide d'un bâton, il servait même dans la salle comme aide-infirmier. Parfois, il mangeait plus que la portion d'aliments qui lui était prescrite. Il avait repris des forces, de l'embonpoint. Les progrès étaient assez rapides. Le pied gauche s'appliquait mieux sur le sol. Toutefois, le membre inférieur ne pouvait encore servir seul à la station et à la marche.

Le 5 du même mois, le sujet est pris subitement de perte de connaissance; il tombe paralysé du côté droit; la face est très rouge, la respiration stertoreuse, la bouche pleine d'écume, les pupilles sont resserrées; il y a impossibilité de parler et d'avaler. Le bras droit est roide et contracté; il est un peu fléchi, et ne peut être étendu qu'avec effort. On pratique sur-le-champ une saignée de quatre palettes. Il ne survient aucun changement; le malade conserve l'attitude qu'on lui a donnée. Le pouls s'est rapidement affaibli, quoique le visage soit resté très coloré. Des révulsifs énergiques sont employés. La peau se couvre de sueur vers le milieu du jour. Mais aucune amélioration ne se manifeste, et le malade meurt à minuit, quinze heures après l'invasion de cette attaque.

Nécropsie. — Point de maigreur. Flaccidité de tous les membres. Les muscles de la partie postérieure du tronc sont imprégnés d'une assez grande quantité de sang. En divisant les os du rachis, il s'en écoule aussi beaucoup.

La dure-mère rachidienne, recouverte d'un liquide rougeâtre, n'offre cependant aucune altération. L'arachnoïde est très injectée, mais n'est ni opaque, ni épaissie.

La moelle, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, dans une étendue de deux centimètres, présente un ramollissement très grand. La plus légère pression suffit pour la rendre diffluente; son

tissu est blanchâtre. Dans le reste de son trajet, on ne trouve aucune lésion particulière.

Adhérence de la dure-mère aux parois du crâne le long du sinus longitudinal supérieur. Glandes de Pacchioni très développées. Arachnoïde fort injectée, principalement dans la région frontale; la rougeur est moins forte dans les régions occipito-pariétales.

Substance cérébrale d'une consistance normale, présentant un piqueté rouge très prononcé. Chaque tranche laisse suinter un liquide rouge. Dans le côté externe du corps strié droit, on trouve une cavité pouvant recevoir une noisette. Le tissu du lobe voisin paraît faire partie de cette excavation, qui ne contient aucune parcelle de sang. Elle a une couleur jaunâtre; on peut apprécier d'une manière très évidente la présence d'une fausse membrane assez fine, qui tapisse toute sa surface interne. Les parois paraissent assez rapprochées; elles ne sont séparées que par quelques gouttes d'un liquide séreux. La substance cérébrale environnante ne présente point de ramollissement. Rien à noter dans les parties constituant le ventricule droit; aucune altération de texture, couleur, forme, etc.

Le ventricule gauche paraît à l'extérieur très distendu; il est rempli entièrement par un énorme caillot de sang et par du sang liquide. Ce caillot est consistant; il résiste à la pression des doigts. En cherchant la source de cette hémorrhagie, on la trouve au centre même du corps strié gauche, lequel est déchiré et totalement ramolli; il a presque disparu au milieu de cette sorte de magma sanguin. La couche optique et les autres organes saillants dans le ventricule, ne présentent rien d'anormal, ni les autres parties du cerveau.

Tissu du cervelet fortement injecté. Mésocéphale sain.

Poumons sains.

Cœur manifestement hypertrophié; son tissu est ferme, consistant, rougeâtre : épaisseur totale, sept centimètres et demi; diamètre transversal, quatorze centimètres; de la base au sommet, douze centimètres. Ventricule gauche : largeur de sa cavité, sept centimètres; épaisseur des parois, trois centimètres; cloison, deux centimètres.

Muqueuse gastrique très saine, pas même injectée. Arborisations très légères et éparses dans les intestins. Foie, rate, reins, à l'état normal.

CDLXXe Obs. — Femme, cinquante ans. Attaque d'apoplexie dans l'été de 1843; hémiplégie gauche. En juillet 1844, deuxième attaque; apoplexie légère; alors, embonpoint conservé, paralysie faciale gauche incomplète, pupille gauche plus dilatée, vue trouble à gauche, surdité du même côté. Paralysie complète du membre supé-

rieur gauche, sauf quelques mouvements des doigts, ordinairement fléchis et roides; sensibilité conservée. Mouvement du membre inférieur plus libre et sensibilité conservée. Intelligence faible; respiration, digestion s'exécutant bien; urines quelquefois involontaires. 15 novembre, perte subite de connaissance, coma, yeux entr'ouverts, par moments contraction spasmodique des muscles de la face; roideur de la nuque et des muscles paralysés; respiration de temps à autre suspirieuse, impulsion du cœur faible, pouls petit, 80. Troisième jour, réaction, cessation du coma, parole embarrassée, paralysie plus complète dans les membres gauches. Retour à l'état antérieur, mais intellect plus faible, trouble des idées, douleur de tête, contracture douloureuse dans les membres affectés; évacuations involontaires, quelques nausées, vomissements. 1er février 1845, en déjeunant, perte subite de connaissance, pâleur de la face, résolution complète des membres, insensibilité absolue, stertor, pouls petit, peu fréquent, irrégulier. Mort au bout de cinq heures. — Roideur cadavérique cinquante-huit heures après la mort. Veines superficielles du cerveau gorgées de sang noir. Pas d'ossification des artères de la base du cerveau. Substance médullaire sablée. A gauche, dans le centre ovale, deux petits foyers sanguins récents communiquant avec le ventricule. Ventricules latéraux distendus par une grande quantité de sang noir en partie coagulé. Partie externe du corps strié gauche et pulpe cérébrale voisine déchirées, ramollies, de couleur rouge-brunâtre, comme triturées avec du sang. Cornes antérieure et postérieure du ventricule distendues; voûte à trois piliers soulevée; septum déchiré. Au côté externe du corps strié droit, à son union avec la masse cérébrale voisine, excavation allongée, dont les parois, presque en contact, sont séparées par une petite quantité de sérosité roussâtre. Ces parois, offrant une couleur jaunâtre café au lait, sont tapissées par une membrane lisse assez résistante. Autour, la pulpe cérébrale est un peu jaune et molle; la partie supérieure de la cavité, jaune, presque linéaire, résistante, représente une espèce de cicatrice. Les artères sylvienne et choroïdienne ont des points d'ossification (1).

CDLXXIe Obs. — Homme, cinquante-six ans; excès alcooliques. Octobre 1808, attaque d'apoplexie; pendant trois ou quatre mois, paralysie du bras gauche; guérison. 24 août 1811, perte de connaissance, chute sur le côté droit, qui reste paralysé; stertor, déglutition difficile, pouls 120; pupilles contractées, immobiles, coma; urines involontaires. Mort le 26, environ quarante heures après la dernière

(1) Schützenberger, *Résumé de la clinique médicale*. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1845, p. 199.)

attaque. — Vaisseaux céphaliques très engorgés. Légère infiltration sanguine entre l'arachnoïde et la pie-mère en divers points, sur le lobe antérieur droit et sur le cervelet. Dans le corps strié gauche et une partie de l'hémisphère correspondant, large caverne contenant trois onces de sang coagulé encore un peu rouge. Ce corps strié est refoulé vers le ventricule, qui ne contient pas de sang. Dans le corps strié droit, cavité d'un pouce trois lignes de diamètre, arrondie, à parois lisses, tapissées par une membrane comme séreuse, contenant un gros de sérosité citrine. Ces parois, dans l'épaisseur d'une ligne, ont une teinte jaune et un tissu ferme (1).

CDLXXII[e] Obs. — Femme, soixante et un ans. Il y a deux mois, première attaque d'apoplexie; deuxième le 1[er] janvier; hémiplégie gauche sans contracture, ouïe normale, mais réponses nulles; sensibilité conservée, ecchymose sur la conjonctive gauche; amélioration jusqu'au 9; parole revenue, appétit; le 12, cris plaintifs, soif, abus de vin; la nuit, délire, loquacité, évacuations involontaires, dyspnée, râle trachéal, pupilles un peu contractées, mobiles. 16, mort. — Système veineux céphalique gorgé de sang. Caillot de sang dans le ventricule latéral droit, sur le corps strié, de formation récente, entouré d'une bouillie noirâtre, formée en partie de sang et en partie du détritus de la substance cérébrale. Le ramollissement de celle-ci a pénétré jusqu'à deux ou trois lignes d'épaisseur. Le corps strié gauche, qui est d'un jaune vert et d'une teinte brune en quelques points, et dont le tissu est ramolli, recèle les débris d'un ancien épanchement sanguin (2).

CDLXXIII[e] Obs. — Un homme qui ne présentait, excepté une certaine difficulté pour articuler les mots, aucun indice de lésion des centres nerveux, mourut à l'hôpital Saint-George d'une autre maladie. — A l'ouverture, on trouva dans le corps strié gauche une petite cavité vide et tapissée par uue membrane lisse. Cette membrane était histologiquement constituée par des fibres très ténues et des noyaux, de nombreux vaisseaux sanguins, une matière granuleuse et adipeuse, des cristaux d'hématine et des globules arrondis d'un jaune rougeâtre. Dans le corps strié droit se trouvait une petite masse de sang extravasé noir, entouré par un kyste mince. Celui-ci, mou et lisse en dehors, était composé de fibres, de rares noyaux, de beaucoup de matière adipeuse, de quelques vaisseaux sanguins légèrement imprégnés de particules adipeuses. La substance cérébrale voisine présentait de la matière adipeuse et des granules, etc. (3).

(1) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 32.
(2) Roy, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 179, p. 12.
(3) J.-W. Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1855, t. VI, p. 38.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Hémorrhagies simultanées dans les deux corps striés.*

CDLXXIVe Obs. — Marchande de modes, vingt-un ans, va se promener avec quelques personnes le 1er août, et se montre plus gaie qu'à l'ordinaire. Elle était menstruée toutes les quatre semaines, se plaignait parfois de la tête, et avait senti ces jours derniers de grands battements dans les carotides. Le 2 août, à huit heures du matin, paralysie subite des membres droits; quelques mots sont proférés, et à l'instant perte de connaissance, convulsions des membres supérieurs, grincements des dents et écume à la bouche. Pupilles dilatées, mais sensibles à la lumière. Battements du cœur sentis dans toute la poitrine, action des artères violente, pouls 120, constipation. Les convulsions cessent après la saignée, mais l'insensibilité persiste, et la mort a lieu à neuf heures du soir, le même jour. — Circonvolutions des hémisphères cérébraux un peu aplaties, arachnoïde sèche, vaisseaux de la pie-mère extraordinairement injectés, ventricules contenant environ trois gros (12gr,) de sérosité sanguinolente, plexus choroïdes tuméfiés par une extravasation sanguine. Les corps striés sont infiltrés par de nombreuses petites extravasations de sang noir; le gauche est, en outre, complètement pultacé et couleur lie de-vin. L'extravasation paraît limitée à la substance grise, tandis que la substance médullaire adjacente conserve sa couleur et sa vascularité normales, mais sa consistance est un peu diminuée (1).

CDLXXVe Obs. — Femme, trente-quatre ans, bonne santé. Il y a quatre mois, violent chagrin suivi d'insouciance, d'apathie; évacuations involontaires. Le 6 décembre, refus de prendre des aliments. Le 7, à huit heures, respiration stertoreuse, assoupissement profond, sueur, visage rouge; pupilles dilatées, immobiles; pouls petit, faible, fréquent; râle. Mort le même jour à midi. — Vaisseaux méningiens engorgés. Dans les ventricules latéraux, une once de sérosité. Corps strié gauche mou, gonflé, un peu inégal, contenant un grand nombre de petits épanchements de sang de la grosseur d'une tête d'épingle. Le droit, même altération, et de plus cavité pouvant loger une noix, et se continuant avec une autre excavation située dans le lobe antérieur. Celle-ci contient une once et demie de sang, s'étend en dehors et en avant jusqu'aux méninges, qui cependant ont résisté. Substance cérébrale voisine réduite en pulpe jaunâtre (2).

(1) J. Hughes Bennett, *Pathological and histological inflammation of the nervous system.* Edinburgh, 1843, p. 63. (*Edinb. Med. and Surg. Journ.*, no 157.)
(2) Rivière, Thèse, 1811, no 52, p. 8. — Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 27.

CDLXXVIe Obs. — Homme, quarante-deux ans, fort, pléthorique. Attaque d'apoplexie, qui le fait périr en quelques heures. — Tout le système veineux cérébral engorgé. Sérosité jaunâtre infiltrée sous l'arachnoïde. Pie-mère très épaissie, couleur rouge-noirâtre; sa surface interne est recouverte d'une couche de sang veineux. Épanchement sanguin dans les deux corps striés. Dans chaque plexus choroïde, caillots de la grosseur d'un pois [1].

CDLXXVIIe Obs. — Homme, cinquante ans. Accès répétés de goutte, déformation des doigts. Il y a deux mois, embarras de la parole, étourdissements, dyspnée. 1er novembre, dyspnée, hémiplégie gauche, affaiblissement intellectuel, somnolence, pouls 96; symptômes thoraciques, gastriques, etc.; parole embarrassée, perte de connaissance. Mort le 5 décembre. — Abondante infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Trois ou quatre onces de sérosité sanguinolente à la base du crâne, deux dans les ventricules latéraux, où elle est limpide et incolore. Au côté externe du corps strié droit, deux petites cavités de cinq à six lignes de diamètre, contenant un liquide trouble et purulent dans des parois molles et diffluentes. Le côté interne du corps strié gauche présente deux petites dépressions correspondant à deux cavités étroites, contenant un fluide séreux jaunâtre. Cloison transparente percée d'un trou, dont les bords sont fermes. Le reste du cerveau est sain. Le péricarde contient de la sérosité. Valvule mitrale cartilagineuse [2].

CDLXXVIIIe Obs. — Homme, cinquante-sept ans, tempérant, mais souvent inquiet de ses affaires; il se porte bien jusqu'au soir du 1er juillet. Ayant beaucoup fatigué dans la journée, il soupe et se couche. Demi-heure après, il se réveille. Nausées, vomissements, insensibilité, respiration difficile, stertor, pouls déprimé. Mort en vingt minutes. — Méninges engorgées de sang, dure-mère très adhérente au crâne, substance des hémisphères saine. Dans les ventricules latéraux, grande quantité de sang demi-fluide. Corps striés déchirés à leur surface de la largeur d'un cinquième de pouce, et autour de la déchirure, quelques taches noires ecchymotiques. Voûte à trois piliers en partie divisée, commissure molle et rompue, sang dans le troisième et dans le quatrième ventricules; la quantité de sang épanché peut être évaluée à trois onces. Cœur sain, cependant quelques légers dépôts sur les valvules aortiques et mitrales. Artères coronaires larges [3].

[1] Wade, *London Med. and Phys. Journ.*, mars 1816, p. 190. (*Bulletin des Sciences médicales* de Férussac, t. VIII, p. 87.)

[2] Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 97, et 2e édition, p. 167.

[3] Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 274.

CDLXXIX[e] Obs. — Homme, soixante-sept ans, pléthorique, cou court, bonne santé. 17 décembre, étourdissement, sans perte de connaissance; sentiment de faiblesse et hémiplégie à gauche; troubles intellectuels, oppressions, constipation ou diarrhée, etc. Mort au bout de près d'un an. — Vaisseaux cérébraux très injectés. Trois onces de sérosité dans les ventricules, plexus choroïdes rouges et vésiculeux. Chaque corps strié offre à sa partie antérieure une dépression jaunâtre, plus étendue à droite. Sous ces dépressions se trouve une cavité petite à gauche, quatre fois plus grande à droite, ayant des parois molles, et constituées, en dedans, seulement par l'arachnoïde ventriculaire; elle contient de la matière puriforme (1).

CDLXXX[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans. Attaque d'apoplexie il y a vingt-deux ans, d'où faiblesse des membres droits, qui cependant peuvent se mouvoir; intellect obtus, pouls très petit. Mort par lésion des poumons et du cœur. — Infiltration séreuse considérable de la pie-mère à la convexité et à la base. Sérosité abondante dans les ventricules. Dans le corps strié gauche, cavité pouvant loger une noisette, pleine de sérosité limpide, tapissée par une membrane jaunâtre sans organisation apparente; autour, la substance cérébrale est normale. En dehors du corps strié droit, vers le milieu de son épaisseur, semblable cavité, mais d'une étendue double. Hépatisation pulmonaire, ossification d'une valvule aortique, surface interne de l'aorte parsemée de plaques cartilagineuses (2).

CDLXXXI[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans. Il y a trois ans, paralysie de la langue avec faiblesse du côté gauche, bouche déviée à droite, sans perte de connaissance. Cinq ou six semaines après, parole rétablie, mais côté gauche toujours faible. Après six mois, affaiblissement général, apathie morale, refus des aliments, respiration gênée. Mort. — Peu de sang dans les vaisseaux céphaliques. Trois onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Deux onces dans les ventricules latéraux. A la partie supérieure et externe du corps strié droit, dépression de couleur acajou-pâle correspondant à une cavité irrégulièrement allongée, traversée par des brides filamenteuses, contenant quelques gouttes d'un fluide jaunâtre. Dans le corps strié gauche, petite cavité remplie d'un liquide citrin (3).

(1) Rivière, Thèse, 1811, n° 52, obs. 7, p. 13. — Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 105, 2e édition, p. 174.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 349.

(3) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 108, 2e édition, p. 177.

Résumé des observations relatives aux hémorrhagies des corps striés.

I. Ces observations sont au nombre de 72, ainsi divisées :

Hémorrhagies bornées à un corps strié.......	40
Hémorrhagies du corps strié, avec rupture du foyer dans les ventricules..................	18
Hémorrhagies des deux corps striés survenues successivement ou simultanément..........	14
	72

II. Ces cas sont répartis d'une manière presque égale entre les deux sexes. On compte 34 hommes et 38 femmes. Le nombre de celles-ci est surtout considérable dans la série relative à la rupture du foyer hémorrhagique dans les ventricules.

III. A l'égard de l'âge des sujets, il se présente d'abord un exemple peu commun : c'est celui d'une hémorrhagie du corps strié constaté chez un nouveau-né; puis les autres cas se répartissent de la manière suivante :

De 21 à 30 ans.....................	5
De 31 à 40 —	7
De 41 à 50 —	11
De 51 à 60 —	17
De 61 à 70 —	23
De 71 à 80 —	6
86 ans.............................	1
	70

IV. Chez une vingtaine de sujets ont été notées une constitution forte et souvent de l'embonpoint, le visage coloré, le cou court, etc. Chez un nombre moindre, la faiblesse, la maigreur.

V. L'abus des spiritueux est mentionné dans dix observations.

VI. Les affections morales vives, les chagrins, la frayeur, la colère, ont été notés un nombre presque égal de fois.

VII. L'attaque apoplectique est survenue une fois par l'exposition à un froid vif (CDXXXVI), une autre fois après une fatigue et un effort pénible (CDXX), et, dans une autre circonstance, pendant un violent orage au milieu de la mer (CDLXIX).

VIII. D'autres fois, l'hémorrhagie du corps strié s'est produite durant le travail de la parturition ou quelques jours après l'accouchement (CDL, CDLI).

IX. Le nouveau-né mort d'apoplexie était atteint de sclérème. Quelques sujets avaient une lésion du cœur (CDXI, CDLIV); un autre était goutteux (CDLXXVII).

X. Plusieurs malades avaient eu déjà une ou deux attaques d'apoplexie, ou du moins des congestions cérébrales.

XI. Chez quelques-uns, on a remarqué des phénomènes précurseurs, tels que des maux de tête habituels ou périodiques, des battements dans la tête, des vertiges, des troubles de la vue, des étourdissements, l'engourdissement douloureux d'un membre, etc.

XII. Le mode d'invasion le plus ordinaire est une perte de connaissance subite et prolongée, avec chute. Ce genre d'attaque a eu lieu dans plus de la moitié des cas; assez fréquemment, on a aussi constaté des éblouissements (CDXXXV, CDXXXVI, CDXLII, CDXLIII, CDLXXIX), ou une céphalalgie très intense (CDLI), des vomissements (CDLXXVIII), des bâillements (CDLVII), une sorte de crampe dans un des côtés du corps (CDXXXI).

La maladie peut débuter encore par l'hémiplégie sans perte de connaissance (CDXXIX), ou par le coma (CDLXXXVIII), par des frissons et la difficulté de parler (CDXXXV).

XIII. L'examen des symptômes doit s'arrêter d'abord aux cas d'hémorrhagie d'un seul corps strié, comme formant le type de la section.

Après les premiers moments de trouble et de suspension des fonctions encéphaliques, la connaissance revient et l'intellect peut s'exercer assez librement. C'est ce que l'on a pu constater chez plus du quart des malades; mais, dans un

assez grand nombre de cas, il y a eu du délire (CDXVI, CDXXVII, CDXXX, CDXXXVI), ou un état comateux (CDXVII, CDXXII, CDXXIV, CDXXVII, CDXXX, CDXXXIII), ou les malades étaient comme engourdis, ou se plaignaient, ou même criaient; quelques-uus avaient une vive céphalalgie, que les mouvements de la tête augmentaient (CDXIII, CDIV, CDXVII, CDXXVII, CDXXXV).

XIV. L'exercice de la parole, interrogé avec soin chez 25 sujets, a présenté les différences suivantes : 5 fois la prononciation était facile et libre, 7 fois elle était gênée, embarrassée, difficile, et 13 fois elle était enrayée ou même absolument impossible. Sur ces 13 cas d'aphasie, 3 se trouvaient chez des sujets atteints d'hémiplégie gauche (CDXV, CDXIX, CDXLVI), et 10 coïncidaient avec l'hémiplégie droite (CDXIII, CDXX, CDXXI, CDXXV, CDXXVI, CDXXVIII, CDXXXIII, CDXXXIX, CDXLV, CDXLVI). Les malades pouvaient, à quelques exceptions près (CDXXVI), assez bien montrer la langue et la mouvoir dans la bouche, mais l'articulation des sons était empêchée ou, tout au plus, quelques syllabes étaient prononcées et automatiquement répétées. Il y avait aussi parfois erreur dans la manifestation de la pensée, dans les signes ou gestes, qui défiguraient le sens de la volonté (CDXXXIII).

XV. L'organe de la vue n'a donné que de rares indices; il y a eu faiblesse, strabisme sans cécité (CDXXXV), dilatation (CDXVII) ou resserrement (CDXIV, CDXXV) des pupilles. Deux fois, on a noté la surdité (CDXXXV, CDXXXIX).

XVI. L'hémiplégie a été le symptôme le plus ordinaire, mais non constant, de l'hémorrhagie du corps strié; ce symptôme a manqué cinq fois sur quarante, et encore ce chiffre pourrait-il être réduit. En effet, il était assez difficile de distinguer si l'enfant naissant, sujet de la Ire Observation (CDX), avait quelques membres plus paralysés que les autres; comme aussi de savoir si l'octogénaire, sujet de la dernière (CDXLIX), et atteint dix ans auparavant, avait eu l'un des côtés paralysé. Quant aux trois autres, on est mieux

fixé. L'un d'eux offrait plutôt un état de spasme; il exécutait des mouvements désordonnés, avait les mâchoires serrées et des grincements de dents (CDXII); un autre avait de la faiblesse et un tremblement du bras droit, mais pas de paralysie réelle (CDXL). Le dernier, privé dès les premiers moments de la parole, avait une force musculaire égale dans les deux côtés; puis, il s'affaiblit, et mourut sans être, à proprement parler, paralysé (CDXLVII).

XVII. Des 35 cas, dans lesquels une paralysie a été constatée, il faut mentionner séparément un cas d'hémiplégie droite bornée à la face (CDXXIII). Or, les 34 autres se partagent également entre les deux côtés. En général, la paralysie a commencé ou a été plus intense, ou plus durable au membre supérieur qu'à l'inférieur. La face a été souvent déviée du côté opposé à l'hémiplégie, tandis que la langue s'inclinait du même côté (CDXIII, CDXVII, CDXIX, CDXXIV), excepté dans deux cas (CDXXXIV, CDXXIX). La joue inerte était soulevée par l'air de l'expiration; la narine paraissait affaissée, déprimée, ainsi que la commissure labiale.

XVIII. Il n'y a eu que dans peu de cas contracture des membres paralysés (CDXLIII, CDXLIV).

XIX. La sensibilité a été souvent conservée; il y a eu parfois hyperesthésie du côté opposé à la paralysie (CDXXV), douleur et sentiment de formication dans les parties paralysées (CDXXXV); d'autres fois, la sensibilité y était émoussée (CDXVI, CDXXXV).

XX. Quelques autres symptômes se sont manifestés, rares, et par cela même d'une faible importance; tels ont été les vomissements, la dysphagie, la fièvre, etc. Dans un cas, il y a eu engorgement de la parotide du côté opposé à l'hémiplégie (CDXIV); souvent, il y a eu dyspnée, respiration stertoreuse, évacuations involontaires, etc.

XXI. Les faits d'hémorrhagie circonscrite dans le corps strié sont disposés en trois séries, de manière à montrer la marche de la maladie. On voit d'abord que la mort n'a pas

été immédiate, mais qu'elle est arrivée, du troisième au dixième jour, douze fois; du dixième au trentième jour, quatre fois; puis la maladie a pu, après une diminution des symptômes, se prolonger pendant deux, trois, cinq, six mois; enfin, que, dans plusieurs exemples, la vie s'est maintenue, après l'attaque, durant cinq, sept, neuf, dix, vingt, vingt-deux, vingt-trois et trente ans, et n'a été qu'accidentellement perdue. Ainsi, cette localisation de l'hémorrhagie cérébrale est l'une des moins meurtrières, ne faisant, lorsqu'elle est simple, jamais périr rapidement, et laissant vivre assez longtemps ceux qui ont résisté à ses premières atteintes.

XXII. Quand le foyer creusé dans le corps strié s'ouvre dans le ventricule voisin, la physionomie et la gravité de la maladie sont tout autres. L'intellect ne reprend pas ou ne reprend que très imparfaitement son énergie. Le coma est le symptôme le plus ordinaire, l'hémiplégie manque souvent; il y a plutôt résolution, insensibilité générale. La faiblesse du pouls, la respiration stertoreuse, les évacuations involontaires annoncent le danger. La mort arrive instantanément ou au bout de trois quarts d'heure, d'une heure, de vingt-quatre heures; elle est survenue le deuxième, le troisième, le quatrième, le cinquième, le sixième, le septième jour. Dans deux cas exceptionnels, et dont la nécropsie donne l'explication, la vie s'est prolongée trois mois (CDLXI) et quatre ans (CDLVI).

XXIII. Lorsque les deux corps striés ont été envahis par l'hémorrhagie, il y a eu souvent mort rapide, soit dès la seconde attaque, quand les deux organes ont été affectés successivement, soit dès la première, quand ils ont été attaqués simultanément; mais, dans quelques cas, la vie a résisté pendant un an, trois ans, vingt-deux ans, malgré la lésion des deux corps striés (CDLXXIX, CDLXXX, CDLXXXI). La symptomatologie, dans cette simultanéité de lésions, se compose des éléments déjà indiqués; mais je ferai remarquer cette circonstance que si l'un des corps striés est plus large-

ment lésé que l'autre, c'est comme s'il l'était seul, et il n'y a de paralysie que du côté opposé (CDLXXVII, CDLXXIX).

XXIV. Les recherches d'*anatomie pathologique* ont fait exactement reconnaître ces lésions successives ou simultanées par les traces laissées dans les corps striés, et il a été possible de les rattacher aux époques des attaques éprouvées par les malades. Cette étude a été éclairée par la connaissance des phases que traversent les foyers apoplectiques dans le corps strié.

XXV. Lorsque l'effusion sanguine est circonscrite dans l'un de ces organes, elle en augmente le volume. Il en résulte une saillie qui se distingue dans le ventricule; mais l'épanchement de sang peut s'être opéré du côté externe et s'être logé aux dépens du lobe moyen. Quelquefois, il y a même extension du foyer du côté de la scissure de Sylvius. Un corps strié peut être creusé de deux petites cavités hémorrhagiques distinctes (CDXV). Le sang contenu dans le foyer est ordinairement coagulé; il forme une masse plus ou moins considérable, quelquefois entourée d'un peu de liquide trouble et rougeâtre. Les parois imprégnées de ce fluide sont inégales, comme tomenteuses; un filet d'eau fait flotter des lambeaux résultant de la déchirure du tissu.

XXVI. Dans le corps strié, ce n'est qu'après l'expiration du premier mois que commence à se former, et encore pas toujours, la néo-membrane destinée à renfermer dans un kyste le sang épanché. Mais les remarques faites précédemment sur cette production organique sont applicables ici. Le travail de cicatrisation et de consolidation procède de la même manière et s'accomplit dans l'espace de l'année, du moins le tissu lésé a acquis l'épaisseur, la densité voulues; et avec cette circonstance digne d'être notée : que, en général, le kyste hémorrhagique est plus épais, plus résistant du côté libre ou interne, c'est à dire du côté qui regarde dans le ventricule. Là, en effet, est le vide; là doit être opposée une plus grande résistance (CDXXXVIII, CDXLI). Toutefois,

cette sorte de membrane obturatrice a pu être molle et demi-transparente (CDXLVIII). Le kyste se désemplit successivement, et on le trouve quelquefois entièrement évacué (CDXLV). Il adhère, en dehors, à la substance cérébrale, et ses propres parois s'unissent par des prolongements celluleux et vasculaires (CDXLIII); le tissu cérébral voisin a acquis une certaine fermeté.

XXVII. Les deux corps striés n'ont pas été lésés avec une égale fréquence. Dans les 59 cas où ils l'étaient isolément, 26 fois c'était le droit et 33 fois le gauche. Lorsqu'une hémiplégie s'est produite, elle a toujours été du côté opposé à la lésion. Ainsi le corps strié n'a pas, comme les autres parties du cerveau, présenté d'exception à la règle de l'effet croisé des lésions latérales.

XXVIII. Lorsque le foyer hémorrhagique s'est rompu dans le ventricule, le corps strié était affaissé; il semblait avoir disparu; une large solution de continuité se trouvait à sa place. Le ventricule voisin était plein de caillots; le sang avait fusé dans les autres ventricules après la rupture du septum; il avait pu aussi déchirer les parois et se répandre sous la pie-mère et vers la base du crâne (CDLXIV).

XXIX. Mais, dans certains cas, la déchirure du foyer est peu étendue; la perforation reste étroite, l'effusion est peu abondante. Alors, le danger est infiniment moindre; la mort est conjurée, et ce n'est qu'après plusieurs mois ou plusieurs années qu'on constate cet état des organes si heureusement toléré (CDLVIII, CDLXI). J'ai fait déjà remarquer les dispositions curieuses qui en ont assuré l'innocuité.

XXX. Dans quelques-uns des faits cités, les artères de l'encéphale ont paru athéromateuses (CDXVII, CDLII, CDLV). Le cœur était hypertrophié chez huit sujets. La crosse de l'aorte était dilatée (CDXLI) ou offrait des ossifications (CDLIV). Chez un sujet, la vésicule biliaire contenait de nombreux calculs (CDXXIV).

6e SECTION. — HÉMORRHAGIES DES COUCHES OPTIQUES.

Ces hémorrhagies se distinguent en :

1° Celles qui sont circonscrites dans les couches optiques;

2° Celles qui s'étendent dans le pédoncule cérébral correspondant;

3° Celles dont le foyer s'ouvre vers la périphérie du cerveau;

4° Celles dont le foyer s'ouvre dans les ventricules.

§ I. — Hémorrhagies circonscrites dans les couches optiques.

CDLXXXIIe Obs. — 18 novembre. Fille, née l'avant-veille, offrant une tumeur sanguine sur le sommet de la tête. L'accouchement avait eu lieu sans forceps, mais la tête avait été longtemps au passage. Hémiplégie gauche, face violacée. Pendant les cris, commissure droite des lèvres tirée en bas, la gauche immobile. Dans les inspirations, l'aile droite du nez se dilate seule. L'œil gauche reste entr'ouvert et immobile, le droit s'ouvre ou se ferme. La succion se fait mal, la déglutition est facile. Mouvements très faibles des membres gauches. Pupilles dilatées, se resserrant à la lumière. La sensibilité cutanée paraît égale des deux côtés. Sommeil naturel, peu de cris. Respiration facile, 38; battements du cœur réguliers, précipités, 145 à 150. Mort à l'âge de deux mois et demi. — La couche optique droite, à son point d'union avec le corps strié, présente une déchirure de quatre lignes de longueur, renfermant un petit caillot libre d'adhérence. Teinte jaune, ramollissement et léger piqueté autour de la cavité. Un peu de sérosité coagulée dans les ventricules. Pneumonie lobulaire. Dans le cœur, sang noir et coagulé (1).

CDLXXXIIIe Obs. — Fille, sept ans, santé délicate. Entérite guérie; quelque temps après, céphalalgie, mouvements convulsifs, perte de connaissance, délire, vomissements, constipation, puis strabisme convergent. Amélioration suivie du retour subit de la céphalalgie, du strabisme; déviation de la face à gauche, intellect intact. Vingt-septième jour, convulsion de l'œil droit, avec résolution et paralysie du bras, laquelle diminue. Trente-quatrième et quarante-troisième jours, légère contracture des membres supérieurs,

(1) Vernois, dans Valleix, *Maladies des Enfants*, 1838, p. 575.

aggravation, pouls accéléré, respiration inégale, pupilles dilatées, retour de la paralysie, tête renversée en arrière avec roideur. Mort le quarante-huitième jour. — Substance grise rosée, substance blanche sablée et flasque; 100 grammes de sérosité transparente dans les ventricules latéraux, dont les parois sont ramollies et rouges, et dont la membrane interne est épaissie, inégale et comme granulée. La face inférieure de la voûte à trois piliers offre un détritus rouge et mou, et en arrière un petit noyau jaune. La couche optique gauche, du volume d'un œuf de poule, contient un foyer sanguin, formé à sa surface de caillots d'un rouge-brun foncé, et à sa partie inférieure d'un détritus jaune très mou. Les parois de ce vaste foyer sont rouges et ramollies; mais en arrière, et toujours dans la couche optique, elles se continuent avec une tumeur ayant 18 millimètres de diamètre, constituée par une substance blanche, dense, élastique, lisse et brillante à la coupe, ne se laissant pas écraser par la pression, mais s'aplatissant pour reprendre sa forme première ([1]).

CDLXXXIVᵉ Obs. — Homme, vingt-huit ans, lithographe, lymphatique, malade depuis deux mois. Toux, vomissements, fièvre, crachats sanguinolents. Janvier, céphalalgie, étourdissement, engourdissement des membres. Pas de véritable perte de connaissance. Abattement, face animée, lèvres sèches, langue rouge sur les bords, enduit blanc au centre, bouche amère, soif vive, inappétence, peau chaude, pouls 88-92; courbature, ventre un peu développé, léger gargouillement à la fosse iliaque gauche, sensibilité à la fosse iliaque droite sans gargouillement; diarrhée. Pas de taches lenticulaires. Abattement, céphalalgie intense, un peu de délire, carphologie, soubresauts des tendons, yeux injectés; pupilles dilatées, surtout la droite, et insensibles; embarras de la respiration. Mort le huitième jour de l'entrée à l'hôpital. — Congestion considérable des vaisseaux de la convexité du cerveau; arachnoïde poisseuse, collante; cerveau volumineux, de consistance normale; substance médullaire un peu ponctuée; sérosité sanguinolente abondante dans le ventricule droit et dans la corne antérieure du gauche. Corps calleux un peu ramolli. Entre la couche optique gauche et le pied d'hippocampe, ramollissement de la substance cérébrale, avec mélange de sang et petit caillot de la grosseur d'une noisette. Tubercules miliaires dans les poumons. Pas de lésion notable de l'estomac et des intestins. Reins offrant un commencement de transformation granuleuse ([2]).

([1]) Rilliet et Barthez, *Traité des Maladies des Enfants*, t. II. p. 269.

([2]) Aran, *Union médicale*, 1852, p. 189.

CDLXXXV[e] Obs. — Jean Maligant, âgé de quarante-deux ans, terrassier, assez sobre, était à travailler, le 19 mars 1839, lorsqu'il est pris de vertiges; il perd subitement connaissance et se laisse tomber. Relevé par ses camarades, il est porté le même jour à l'hôpital Saint-André. A son arrivée, on constate l'état suivant: coma, face calme, yeux à demi-ouverts; rigidité des membres, surtout prononcée du côté gauche; pouls développé, fréquent. Cet individu, interrogé, ne donne aucun signe d'intelligence; il ne montre pas sa langue, malgré des invitations réitérées. (Douze sangsues aux apophyses mastoïdes, sinapismes aux pieds, lavement de séné.) 20, même état; rigidité très prononcée des membres gauches; pouls plein, fort; face colorée; légère sensibilité à l'épigastre. (Trois ventouses scarifiées sur cette région, vésicatoires aux jambes.) 21, persistance des mêmes symptômes. (Saignée du bras, répétée le 22.) 23, moins de roideur dans les bras, déglutition difficile, constipation. (Vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds.) 24, même état; pouls fréquent, épigastre non douloureux à la pression, pas de selles. (Potion avec 20 centigrammes de tartre stibié, à donner par cuillerées d'heure en heure.) 25, ni vomissements, ni selles; abdomen insensible, déprimé; langue jaunâtre; respiration irrégulière, saccadée; pouls faible, peu fréquent. L'état comateux persiste. 26, le malade donne quelques signes d'intelligence; pupilles resserrées, peau fraîche, langue sèche et jaunâtre, déglutition difficile. Gargouillement dans l'abdomen, mais pas de selles. Pouls petit, fréquent. Matité dans le côté droit de la poitrine. (Large vésicatoire sur ce point.) Aggravation successive. Mort le 28.

Nécropsie. — Roideur cadavérique prononcée. Système veineux encéphalique très injecté, méninges congestionnées sur le lobe moyen gauche du cerveau. Les artères basilaire, cérébelleuses, carotides internes, cérébrales antérieures, communicante antérieure, contiennent des caillots consistants, élastiques. Glande pituitaire très molle, s'écrasant à la moindre pression. Consistance normale du cerveau. Ventricule droit à peu près naturel, avec quelques saillies hydatiformes du plexus choroïde. Couche optique gauche creusée d'une cavité ovoïde, à parois inégales, molles, teintes de sang, et contenant des caillots dont le poids total est de 60 grammes. Cette cavité est étrangère au corps strié. La couche optique, examinée à sa surface, offre en arrière et en dehors un ramollissement très marqué. Poumon gauche normal; le droit est adhérent et engoué. Cœur un peu volumineux, parois du ventricule gauche très épaisses, ventricule droit mince et plein de caillots fibrineux. Foie sain, large; vésicule distendue par beaucoup de bile épaisse et noire. Rate, reins, estomac, intestins, dans un état normal.

CDLXXXVIe Obs. — Homme, quarante-six ans. Depuis huit jours, maux de tête, vertiges. 20 juin, délire, possibilité de marcher, puis perte de connaissance et chute; coma, pupilles rétrécies, œil terne; pouls petit, 80 pulsations. Le malade ne peut ouvrir la bouche, grincements de dents fréquents, peau couverte d'une sueur visqueuse et froide; respiration lente, stertoreuse; extrémités dans un état de roideur tétanique, puis collapsus; pouls irrégulier, filiforme; respiration alternativement lente et accélérée, coma profond, faiblesse. Mort à la fin de la soirée. — Hyperémie générale des méninges, sérosité rougeâtre dans les ventricules. Dans la couche optique gauche, épanchement sanguin récent; caillot homogène, rouge violacé, de la grosseur d'une noix. Substance cérébrale congestionnée, mais saine. Cœur flasque, contenant à droite du sang. Foie ayant 28 centimètres en longueur, 18 en largeur, ferme, et offrant les restes d'un ancien abcès enkysté dans le lobe droit ([1]).

CDLXXXVIIe Obs. — Cuisinière, quarante-neuf ans, robuste, sujette à des congestions cérébrales, affectée depuis un an de paralysie incomplète et de roideur des membres du côté gauche. La paralysie avait un peu diminué, la marche avait lieu en traînant la jambe. Le membre supérieur n'exécutait que des mouvements faibles et bornés. Tout à coup, perte d'appétit, respiration stertoreuse, oppression extrême, distorsion de la bouche, pouls fréquent, peau brûlante, etc. Mort le quatrième jour. — Membres roides. Deux onces de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. Couche optique droite ferme, offrant dans son centre une petite cavité irrégulière qui pouvait contenir un pois, et des parois d'une couleur brune foncée, plus résistantes et plus difficiles à inciser que dans l'état normal. Aucune autre altération dans l'encéphale. Ventricule gauche du cœur épais ([2]).

CDLXXXVIIIe Obs. — Homme, soixante ans. Symptômes d'affection organique du cœur. Octobre, paralysie des membres gauches. La bouche se dévie à droite dès que le malade parle. Son intelligence est intacte. Il avait senti sa jambe se paralyser; il était tombé sans perdre connaissance. Le bras gauche est aussi paralysé. La parole n'a jamais été embarrasée. Céphalalgie, étourdissement, sensibilité conservée dans les membres paralysés, dyspnée, hydropisie. Mort en novembre. — Couche optique droite creusée d'une cavité remplie de sang qui ressemble à de la gelée de groseille noire et consistante. Ce caillot a le volume d'une grosse cerise. Les parois du foyer

([1]) Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique*. Paris, 1861, in-folio, t. II, p. 122.
([2]) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, t. I, p. 106.

sont tapissées par une trame celluleuse facile à détacher. Le tissu cérébral est rouge tout autour dans l'épaisseur d'une à deux lignes. Hypertrophie du cœur, incrustations cartilagineuses de la valvule mitrale, concrétions osseuses entre le péricarde et le cœur, estomac rouge à l'intérieur et parsemé d'érosions (1).

CDLXXXIXe Obs. — Homme, soixante-un ans, fort, cou court. 16 août, étant dans un navire, il se laisse tomber, mais il est retenu par un autre individu placé près de lui, et on ne peut attribuer à la chute les symptômes survenus. Il devient insensible (saignée). Le soir, la connaissance est rétablie. Il répond aux questions et se plaint de douleurs de tête. Paralysie du côté gauche. 17, stupeur, respiration un peu stertoreuse, pupille gauche plus dilatée que la droite et plus fixe; pouls 72, plein. Au milieu de la nuit, forte attaque ayant les caractères de l'épilepsie, affectant surtout le côté droit; le gauche l'est peu. Tête entraînée à droite.L'attaque ne cesse qu'au bout de deux heures, mais le malade reste privé des sensations. Quelques heures après, stupeur, respiration stertoreuse, pupille gauche un peu contractée, pouls 96, sensibilité du bras droit conservée, non celle du gauche. 18, le malade ne souffre pas; il essaie de tirer la langue; pouls 96, respiration stertoreuse. 19, il s'est plaint toute la nuit; pouls très dépressible. Mort le quatrième jour. — Cœur large, ventricule gauche très épais, cavités petites; parois de l'aorte très épaisses, raboteuses, sa membrane interne déchirée et ulcérée; carotides rugueuses avec des plaques cartilagineuses; les deux vertébrales et la basilaire malades. Cerveau aplati, léger ramollissement au centre du lobe moyen droit. Caillot de sang du poids d'une once dans la couche optique droite; le foyer n'est séparé du ventricule que par la membrane qui tapisse cette cavité. Reins granuleux (2).

XDe Obs. — Homme, soixante-deux ans, haute stature, grand embonpoint; ivresse fréquente. Perte de connaissance, du sentiment et du mouvement, chute; la tête ne peut se soutenir; rougeur violacée de la face, bouche écumeuse, pupilles et paupières immobiles, yeux ternes, pouls excessivement lent et assez développé, respiration faible, peau très froide, surtout aux extrémités (saignée); le sang ne coule qu'en bavant. Mort sept heures après l'attaque. — Membres flexibles. Couleur violacée de la face. Vaisseaux méningiens et cérébraux très engorgés. La couche optique droite détruite contient un épanchement de sang noir à demi-coagulé. Le foyer a la

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 337.
(2) Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 283.

grosseur d'une noix. Les parois sont formées par la substance cérébrale désorganisée. Il y a dans les ventricules une sérosité très limpide et en assez grande quantité. Squirrhe du pylore sans coarctation ([1]).

XDIe Obs. — Femme, soixante-quatre ans, bonne constitution, sujette aux maux de tête. 4 septembre, attaque d'apoplexie; sentiment pénible des membres gauches, assoupissement, respiration bruyante, vomissements, langue déviée à gauche. Troisième jour, sens en bon état, réponses justes, pouls fréquent, serré. Cinquième jour, hémiplégie plus complète, pupille gauche dilatée, déglutition facile. Mort le septième jour. — Veines encéphaliques gorgées. Dans la couche optique droite, foyer contenant du sang coagulé de la grosseur d'une petite noix. Pulpe cérébrale très ramollie et de couleur rouge-brun autour du foyer. Deux onces de sérosité rougeâtre dans les ventricules ([2]).

XDIIe Obs. — Femme, soixante-quatre ans. 24 février, perte de connaissance, face rouge, yeux injectés, insensibles à la lumière. Sérosité écumeuse à la bouche, stertor, pouls petit et fréquent, membre supérieur gauche paralysé, le droit agité de petits mouvements convulsifs; déglutition des liquides très difficile, provoquant des douleurs exprimées par des cris. Troisième jour, langue sèche, respiration stertoreuse. Mort. — Vaisseaux superficiels du cerveau gorgés de sang. Sérosité sanguinolente dans les deux ventricules. Couche optique gauche convertie en un foyer de sang noir, ressemblant à de la gelée de groseilles trop cuite. Ce foyer envahit un peu le corps strié et la substance médullaire du lobe moyen. Vaisseaux du cervelet gorgés de sang ([3]).

XDIIIe Obs. — Homme, soixante-cinq ans, perte de connaissance et paralysie incomplète du bras gauche; depuis, tremblements généraux, sensibilité intacte, fourmillements dans les membres. Mort inopinée un an après l'attaque. — Petit kyste apoplectique dans la couche optique droite, consistant en une cavité à parois lisses, tapissées par une membrane exhalant un liquide visqueux, jaunâtre. Ramollissement blanc de la partie antérieure de la moelle, depuis la quatrième paire cervicale jusqu'à la deuxième dorsale. Sérosité abondante dans la pie-mère et dans les ventricules ([4]).

XDIVe Obs. — Homme, soixante-six ans, robuste. 7 août, malade

([1]) Marsaux, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 77, p. 23.
([2]) Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 438.
([3]) Lerminier, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris*, 1817, p. 223.
([4]) (Service de Serres.) *Lancette française*, 1828, t. I, p. 4, et 1829, t. II, p. 146.

depuis trois semaines, parole nulle, yeux fermés, bouche déviée, bras droit fortement contracté, membre inférieur droit immobile. Sensibilité obtuse; quand on pince la peau des membres droits, ce sont les membres gauches qui se meuvent; pouls dur, large; respiration libre. Légère amélioration, irascibilité, jurements, morsures faites aux infirmiers. Quelques secousses spasmodiques de la jambe paralysée. Affaiblissement, embarras de la respiration. Mort vers la fin du deuxième mois. — Sérosité abondante dans les ventricules et à la base du crâne. Densité remarquable de la substance blanche. Couche optique gauche jaunâtre, comme perforée de petits pertuis conduisant à une cavité à moitié remplie de sérosité jaunâtre trouble, et d'un détritus d'un jaune plus foncé tirant sur le brun. L'altération était exactement bornée à la couche optique (¹).

XDVe Obs. — Femme, soixante-huit ans, maigre, imbécile. Janvier, perte de connaissance, hémiplégie à droite. Quinze jours après, affaiblissement, mort. — Deux onces de sérosité à la base du crâne. Infiltration sous-arachnoïdienne. Deux onces de sérosité dans les ventricules. A la partie externe de la couche optique gauche, cavité contenant du sang coagulé, fibrineux. Parois de cette cavité fermes et d'un jaune-clair (²).

XDVIe Obs. — Tailleur de pierres, soixante-douze ans. Hémiplégie droite depuis un an; mais le sentiment et le mouvement avaient reparu depuis cinq mois, il est vrai incomplètement. Intellect sain. 20 juillet, tout à coup perte de connaissance, convulsions, puis coma. Pupilles modérément dilatées, plus la droite que la gauche. Résolution des membres. Un peu de sensibilité à l'avant-bras droit, tandis qu'elle est abolie dans le gauche. La pression de l'abdomen renouvelle les convulsions. Cet état dure vingt-trois jours. L'insensibilité est devenue absolue. Mort. — Sérosité abondante sous l'arachnoïde et dans le ventricule droit, moins dans le gauche; il y en a aussi dans les troisième et quatrième ventricules, mais pas d'altération dans l'hémisphère droit. L'extrémité postérieure du corps strié gauche et la couche optique offrent une teinte jaunâtre. Cette dernière présente dans sa profondeur une teinte gris-noirâtre, indiquant un ancien foyer hémorrhagique, tandis que l'intérieur du corps strié est intact. Le lobe droit du cervelet présente un trou et une cavité vides. Les artères cérébrales avaient quelques points cartilagineux. Réplétion énorme du gros intestin, perforation intestinale (³).

(¹) (Service de Gueneau de Mussy.) *Lancette française*, 1832, t. V, p. 393.
(²) Rivière, Thèse, 1811, n° 52, p. 13, obs. 6e.
(³) Bally, *Journal général*, 1823, t. XXIII, p. 289.

XDVII[e] Obs. — Serrurier, soixante-quinze ans. Hémiplégie gauche incomplète, survenue subitement; c'est un simple affaiblissement de la motilité de ce côté. Sensibilité nulle dans le bras, un peu conservée dans le membre inférieur. Bouche légèrement tirée à droite, intelligence intacte, pupilles un peu et également dilatées. Au bout de quelques jours, aggravation, paroles sans suite, langue déviée à droite. Mort à la fin du deuxième mois, à dater de l'invasion de la maladie. — Couche optique droite ramollie et d'un jaune-pâle. L'auteur suppose que l'épanchement sanguin avait déjà subi une modification dans le sens de la guérison (1).

XDVIII[e] Obs. — Femme, soixante-seize ans, sujette à des congestions cérébrales, intellect conservé, caractère taciturne, ni convulsions, ni paralysie. 1[er] décembre, perte de la parole et paralysie du bras droit, sans diminution de la sensibilité; efforts de vomissements. Bouche et aile du nez déviés à gauche, mouvements comme de mastication, grincements des dents, mâchoires serrées. Pas de lésion aux membres inférieurs. Pouls développé, 70; respiration un peu bruyante, ouïe conservée, évacuation urinaire volontaire. 2, roideur momentanée du bras droit; œil droit fermé, gauche entr'ouvert et larmoyant; pupilles légèrement mobiles. Efforts pour parler sans pouvoir, signes d'intelligence. 4, sensibilité diminuée, déglutition difficile, respiration bruyante, mouvements de la main gauche pour ramener les couvertures. Mort le 5. — Pie-mère injectée. Plaques jaunâtres dans les parois des artères de la base de l'encéphale, sans ossification ni cartilaginification. Circonvolutions des lobes moyen et postérieur gauches molles, mais non diffluentes, parsemées de quelques taches livides. Substance blanche subjacente ramollie, d'un blanc mat. Dans la couche optique gauche, infiltration sanguine ayant le volume d'une noix et empiétant un peu sur le corps strié. Rougeur uniforme de la couche optique droite à sa partie externe. Pas de traces d'anciens foyers. Poumon droit hépatisé (2).

XDIX[e] Obs. — Femme, soixante-seize ans. Hémiplégie gauche incomplète, avec affaiblissement de l'intelligence, sans perte de connaissance. Pendant trois jours, roideur des membres paralysés. La paralysie a diminué. Coma survenu graduellement. Affaiblissement. Mort au bout d'un mois. — Couche optique droite bombée du côté du ventricule, remplie par une grande quantité de sang en caillots. Ceux-ci se montrent en dehors de la couche sur la paroi du

(1) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 300.
(2) Durand-Fardel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1840, n° 261, p. 85.

ventricule, mais sans s'être épanchés dans sa cavité, où l'on trouve seulement de la sérosité rougeâtre. L'intérieur de la couche optique forme une cavité assez vaste, remplie de caillots denses, plus mous et très rouges au centre; les couches antérieures ont une teinte jaune d'ocre. Une membrane assez épaisse, jaunâtre, tapisse ce foyer ([1]).

Dᵉ Obs. — Cordonnier, soixante-dix-sept ans, de faible constitution. 20 janvier, il sent du froid, éprouve des étourdissements, de la faiblesse; il tombe sans perdre connaissance, frappé d'insensibilité dans le côté gauche; il conserve l'usage des mouvements du visage, de la langue et des membres. 24 février, délire. Mort le 7 mars. — Le crâne contient beaucoup de sang très liquide ou de la sérosité rougeâtre. Vaisseaux et sinus gorgés de sang. Dans le ventricule gauche, beaucoup de sérosité limpide, un peu dans le droit. Couche optique droite de couleur jaunâtre, formant avec la substance médullaire voisine une cavité pleine d'un liquide couleur lie de vin ([2]).

Dans les faits qui précèdent, on aperçoit quelques traits qui distinguent cette hémorrhagie de celle des corps striés. La paralysie est moins prononcée, souvent incomplète et bornée aux membres supérieurs. Les phénomènes spasmodiques ont été très fréquents et très variés. L'intellect a souvent conservé son activité, et la parole n'a été que rarement absente. La sensibilité a été parfois plus compromise que la motilité. Le foyer a présenté une fausse membrane, comme dans les lobes, mais d'une manière moins constante et moins régulière.

Un cas a montré des symptômes d'entérite folliculeuse, sans que les lésions anatomiques aient confirmé cette symptomatologie (CDLXXXIV).

§ II. — Hémorrhagie de la couche optique, avec extension du foyer dans le pédoncule cérébral correspondant.

Je crois convenable de distinguer les deux faits suivants, à cause de l'empiètement du foyer dans la direction des faisceaux constitutifs des pédoncules.

([1]) Durand-Fardel, *Archives*, 4ᵉ série, t. II, p. 308.

([2]) Lerminier, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris*, 1819, p. 215.

DIe Obs. — Femme, trente-un ans. Hémiplégie droite. Sous l'influence de la strychnine, les membres sont contracturés. Nouvelle attaque accompagnée de convulsions du côté paralysé, puis de l'autre, lequel tombe dans une résolution complète. Respiration stertoreuse; pouls fréquent, dépressible. Mort dans la soirée. — Sang renfermé dans la couche optique. Ce sang s'étend jusque dans la protubérance; les traces de ce fluide sont linéaires. En dehors de la couche optique et du corps strié, on voit un tissu cicatriciel. Ramollissement pultacé de l'estomac (1).

DIIe Obs. — Homme, soixante-quatre ans. Faiblesse intellectuelle, calme, docilité. 12 avril, perte de connaissance, chute; contracture du bras droit, laquelle disparaît peu à peu. 19, diminution de la sensibilité du côté gauche, contracture du bras gauche avec flexion de trois doigts, faiblesse de la jambe gauche, bouche tirée à droite, paupière gauche tombante, évacuations involontaires. 29, contracture étendue à la jambe gauche, diminuée au bras. Inflammation et suppuration de la conjonctive gauche. Retour incomplet de la connaissance, parole embarrassée, déglutition difficile. Mai, eschares au sacrum. Juin, membres non rigides, paralysés. 1er juillet, mort. — Anémie générale de l'encéphale, ventricules légèrement dilatés. Dans la couche optique droite, cavité s'étendant jusque dans le pédoncule, tapissée par une membrane et contenant un caillot de couleur de rouille, du volume d'une grosse amande. La paroi supérieure de cette cavité a l'épaisseur de 2 millimètres, est légèrement ramollie et d'un blanc terne. Encroûtement cartilagineux des artères cérébrales (2).

Ces deux cas sont remarquables par la pénétration du sang entre les fibres du pédoncule cérébral, et même jusque dans le mésocéphale. Si la mort a été rapide dans l'un, elle a, dans l'autre, été assez retardée pour permettre la formation d'une fausse membrane sur le trajet du sang.

Il y a eu contracture et convulsions dans les deux cas. Il est vrai que la strychnine a pu les occasionner.

§ III. — Hémorrhagie de la couche optique, dont le foyer s'est ouvert à la périphérie du cerveau.

DIIIe Obs. — Blanchisseuse, quarante-cinq ans, non réglée depuis six mois. Céphalalgie, fourmillement du bras droit, palpitations fré-

(1) Cruveilhier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1849, p. 17.

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 295, p. 312.

quentes. Tout à coup, en septembre, étourdissement et chute sans perte de connaissance. La malade se relève et continue à marcher; bientôt le bras droit paraît paralysé; la connaissance est entière; céphalalgie, sensibilité conservée des deux côtés, pouls normal, pas de contracture. Deux attaques nouvelles ont été accompagnées de mouvements convulsifs et de la roideur de la mâchoire inférieure; pouls fréquent. Mort. — Accumulation de petits caillots dans la pie-mère de la base du cerveau et du prolongement rachidien. Derrière et dans la couche optique droite, et dans la substance cerébrale voisine, caillot jaunâtre; le sang a fusé vers la surface, dans la pie-mère [1].

§ IV. — Hémorrhagie de la couche optique, dont le foyer s'est ouvert dans les ventricules latéraux.

DIVe Obs. — Homme, vingt-six ans. Apoplexie survenue pendant un bain froid. Pâleur, insensibilité; au bout d'une heure, retour de l'intelligence, réponses faciles; bientôt après, coma, étouffements, stertor; pupilles très resserrées, immobiles; rigidité absolue des membres. Mort le même jour. — Couche optique gauche déchirée dans sa partie externe, foyer communiquant avec le ventricule, dont les parois étaient déchiquetées. Lambeaux de la surface cérébrale adhérant au caillot. Circonvolutions saines [2].

DVe Obs. — Femme, couturière, trente-cinq ans, lymphatique. Première grossesse arrivée à son terme. Depuis six semaines, œdème des membres inférieurs. Accouchement facile et rapide, malgré l'infiltration des grandes lèvres. État satisfaisant; moral naturel, peut-être un peu exalté. Quatre heures après la délivrance, perte de connaissance, stertor, face pâle, non déviée, paupières rapprochées, pupilles contractées, salive écumeuse, sensibilité de la peau éteinte; avant-bras fléchis et roides, pouls petit, fréquent et dur. Mort six heures après l'invasion de l'attaque. — Peu de sang dans les vaisseaux des méninges. Beaucoup de sang en partie coagulé dans les deux ventricules, qui ne forment qu'une cavité par la rupture du septum. Couche optique gauche largement et irrégulièrement déchirée. Cette déchirure est rugueuse, frangée et couleur lie de vin [3].

DVIe Obs. — Femme, trente-sept ans, fabricante d'éventails. Constitution bonne, mais sèche; elle a eu cinq enfants qui sont

[1] (Clinique de Chomel.) *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 457 et 474.
[2] Cruveilhier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 331.
[3] Leloutre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, no 9, p. 12.

morts. Couches naturelles, très promptes. A la quatrième, congestion cérébrale et même trouble intellectuel. La dernière grossesse est arrivée à son terme. 24 mai, céphalalgie, coliques; la malade sent le besoin d'uriner et se place sur le vase; aussitôt, mouvements convulsifs de la jambe gauche, chute, et presqu'aussitôt accouchement d'un enfant mort. Retour de la connaissance, mais le bras gauche se trouve paralysé, immobile, tandis que la jambe du même côté ne cesse toute la nuit de s'agiter. Le lendemain, hémiplégie gauche avec contracture énergique de tout le côté, coma. Mort. — Méninges injectées. Épanchement sanguin avec destruction de la couche optique droite, réduite en bouillie et remplacée par un caillot du volume d'un œuf de poule, qui s'étend dans les deux ventricules latéraux. Septum et voûte à trois piliers déchirés; petit caillot dans le ventricule moyen. Parois du ventricule gauche un peu ramollies (1).

DVII^e Obs. — Fondeur en caractères, quarante-huit ans; constitution robuste; hémiplégie du côté droit, par suite d'apoplexie, depuis plusieurs années. En février, perte complète de connaissance, résolution, insensibilité, puis agitation convulsive, surtout des bras, face pâle, râle stertoreux, vomissements, pouls large, lent, pupilles très dilatées, mais contractiles, œil agité de mouvements convulsifs. Contracture et spasmes des membres supérieurs, résolution des inférieurs; sensibilité éteinte, surtout à gauche; joue soulevée par l'air expiré, coma profond. Mort le deuxième jour. — Rupture de la couche optique droite. Épanchement sanguin considérable et récent dans le ventricule latéral droit, le ventricule moyen, l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule. Suffusion sanguine sous-arachnoïdienne sur la face inférieure des lobes postérieurs du cerveau et sur le cervelet. Dans le ventricule latéral gauche, traces d'un épanchement ancien, c'est à dire paroi jaunâtre et orifice d'une caverne anfractueuse creusée dans le lobe frontal (2).

DVIII^e Obs. — Femme, cinquante ans, de forte constitution. Janvier, depuis six jours, céphalalgie. Depuis deux jours, perte de connaissance, paralysie; insensibilité, pupilles contractées, bouche déviée à gauche, stertor; paralysie à droite avec roideur tétanique des muscles, sueurs, soubresauts, tremblements convulsifs à gauche, pouls dur, serré, fréquent. Mort le septième jour. — Dure-mère rouge, très injectée. Arachnoïde rouge, épaissie, infiltrée de sérosité sanguinolente. Cerveau consistant très injecté. Couche optique

(1) Holaind, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1854, n° 236, p. 87.

(2) Billalret, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1857, 2e série, t. IV, p. 42.

gauche désorganisée, brune, rougeâtre, ramollie, jusqu'à quelques lignes au-delà sur les parois du ventricule. Le centre de cette couche contient un caillot gros comme une noisette, et du sang liquide, qui a passé dans le ventricule par une ouverture inégale, à la partie supérieure et postérieure de la couche. Cervelet engorgé, et ses méninges comme ecchymosées. Estomac rétréci, ridé; inflammation ancienne. Intestins grêles, rouges, injectés, parsemés de plaques de diverses grandeurs et de couleur rouge livide, avec épaississement des parois. A l'intérieur, mucus teint en rouge ([1]).

DIX^e^ Obs. — Homme, cinquante-deux ans; chagrins domestiques, céphalalgie; perte subite de connaissance et chute. Avril, paralysie complète du sentiment et du mouvement des membres supérieur et inférieur droits. Langue inclinée du côté droit; intelligence revenue, réponses faciles. Air de stupeur; émission involontaire de l'urine; pouls naturel, puis accéléré. Mort le cinquième jour. — Foyer apoplectique considérable dans la couche optique gauche, rempli de sang noir et concret. Sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux. Déchirure du ventricule moyen, dans laquelle un caillot est engagé ([2]).

DX^e^ Obs. — Homme, soixante ans, intempérant, fortement constitué. Avril, perte de connaissance, hémiplégie gauche, mouvements convulsifs, soubresauts de tendons dans la moitié droite du corps, surtout dans le membre supérieur. Loquacité, réponses faciles aux questions; urines involontaires; langue inclinée du côté paralysé; pouls dur, plein, très fréquent; hoquet; insensibilité du côté gauche. Délire assez analogue à celui du delirium tremens. Céphalalgie, douleurs générales; la raison revient; déglutition difficile. Mort le sixième jour. — Un peu de sérosité et quelques concrétions ossiformes sous l'arachnoïde. Grande quantité de sérosité sanguinolente dans le canal rachidien. Ecchymose sous l'arachnoïde cérébelleuse. Vaste foyer hémorrhagique dans la couche optique droite, étendu à la partie voisine du lobe moyen et ouvert dans le ventricule moyen, rempli, ainsi que le ventricule droit, de caillots sanguins considérables ([3]).

DXI^e^ Obs. — Femme, soixante ans; perte incomplète de connaissance, réponses difficilement obtenues; distorsion de la bouche en haut et à droite; bras gauche complètement paralysé; la jambe gauche exécute quelques mouvements; contracture des muscles du

([1]) Vitry, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1823, n° 100, p. 29.
([2]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 5e livraison, pl. VI, p. 1.
([3]) *Idem, ibidem*, fig. 1.

cou et inflexion latérale de la tête. L'ouïe, obtuse auparavant, est devenu très fine. Mort rapide. — Déchirure considérable de la couche optique droite, avec irruption et épanchement de sang dans le ventricule. La partie la plus liquide du sang avait passé dans les ventricules moyen et latéral gauche ([1]).

DXII[e] Obs. — Femme, soixante ans, de constitution forte, sujette à des symptômes de congestion cérébrale. Elle tombe sans connaissance le 15 octobre. Perte de la parole, de l'intelligence, seulement quelques légers signes de sensibilité; mouvements convulsifs des membres droits; hémiplégie gauche, incomplète à la jambe; face pâle, pouls dépressible, respiration embarrassée. 17, pouls fréquent, dur, plein, face vultueuse, peau chaude, respiration très gênée, coma, résolution générale des membres; tout à coup, pouls petit, faible, stertor, face violacée, refroidissement général. Mort. — Vaisseaux veineux très gorgés de sang. Beaucoup de sang noir et coagulé à la base du crâne et jusque dans le canal rachidien. Tuber ciuereum détruit. Ventricules pleins de sang; le quatrième contient un caillot. Couche optique droite, dans les 5/6[es] de son volume, remplacée par du sang noir à demi-coagulé. Pédoncule cérébral droit infiltré de sang dans sa partie supérieure; pédoncule cérébral gauche aussi infiltré et ramolli. Poumons fortement engoués ([2]).

DXIII[e] Obs. — Homme, soixante-cinq ans, bonne santé, bonne constitution. 3 mai, céphalalgie; le lendemain, en se levant, perte de connaissance qui dure deux heures; hémiplégie gauche, céphalalgie du côté droit du front, pupilles naturelles. Amélioration; mais, au bout de huit jours, paralysie plus complète, intellect affaibli, coma. Mort le douzième jour de l'attaque. — Infiltration sous-arachnoïdienne séreuse et sanguinolente. Couche optique droite déchirée près du corps strié, contenant un caillot de la grosseur d'une noix, noir, fibrineux. Beaucoup de sérum rouge remplit le ventricule droit, ainsi que le moyen et le droit. Les parois sont imbibées en rouge. La base du corps strié et le pédoncule correspondant ont une teinte jaune. On voit beaucoup de points rouges aux environs. Vaisseaux du crâne non altérés ([3]).

DXIV[e] Obs. — Homme, soixante-cinq ans, robuste, à cou court; ancien soldat, puis portefaix à Londres; il boit souvent de la bière, mais s'enivre rarement. Il a souffert pendant plusieurs années de rhumatisme, affectant surtout la jambe gauche; le genou est un

([1]) (Service de M. Piorry.) *Lancette française*, 1829, t. II, p. 146.
([2]) Barral, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1838, n° 12, p. 9.
([3]) Gaultier de Claubry, *la Clinique*, 1829, t. IV, p. 73.

peu contracté. Depuis quatre ou cinq ans, il se plaint de céphalalgie, et une ou deux fois il a eu des vertiges; mais ces symptômes ne l'ont pas arrêté. Constipation habituelle. 6 novembre, on le porte à onze heures du matin à l'hôpital; il venait de tomber dans la rue presque insensible. Il ne peut parler, quoiqu'il fasse quelques efforts pour tâcher de s'exprimer et pour sortir la langue. Hémiplégie droite, pouls 60; le mucus et la salive coulent de la bouche; les pupilles n'agissent que très lentement. Pendant la saignée, quelques mouvements convulsifs dans les membres; le pouls varie de 48 à 60. Les membres gauches étaient par instants en convulsions, et ils finissent par perdre le mouvement. Respiration stertoreuse, pupilles contractées. Mort à huit heures et demie du soir (dix heures après l'attaque). — Très peu de fluides dessus et dessous l'arachnoïde. Circonvolutions aplaties; anfractuosités peu marquées, donnant l'idée d'une forte pression intérieure, particulièrement à gauche. Du sang forme une couche très mince sur le cervelet, au-dessous de ses membranes, sur le pont de varole et sur le bulbe rachidien. Les deux ventricules sont excessivement distendus par du sang et de la sérosité sanguinolente; ils communiquent par une large ouverture du septum lucidum. La plus grande partie de coagulum est dans le gauche, où la couche optique est déchirée complètement, ainsi que la substance cérébrale environnante, qui est molle et ecchymosée. Cette altération s'étend à une partie du corps calleux. A droite, la distension du ventricule est presque aussi grande qu'à gauche; mais il n'y a pas de dilacération de la substance cérébrale. Il y a deux petits caillots dans le corps calleux du côté droit, et d'autres plus larges sur le pont de varole. Artères très saines. Cœur volumineux, sans adhérences, et ayant de petites taches blanches à son sommet. Très peu d'épaississement de ses parois; mais les cavités, surtout le ventricule gauche, sont dilatées. Valvules saines [1].

DXVe Obs. — Homme, soixante-dix ans. Depuis plusieurs mois, marche lente, réponses tardives, vue faible, et de temps en temps nulle à l'œil gauche. Appétit bon; grands efforts de défécation, rougeur, pâleur de la face, paralysie du côté droit, et mort en quelques heures. — Sang épanché dans les ventricules par érosion de la couche optique droite [2].

DXVIe Obs. — Femme, soixante-quinze ans. Perte de connaissance, hémiplégie gauche, un peu de roideur du coude et du genou. Vingt minutes après, mouvements convulsifs des deux côtés du corps.

[1] Bright, *Reports of medical cases*, t. II, p. 277.

[2] Valsalvæ *Opera*, *Epist. addidit Morgagni*. Venetiis, 1740. Epist XIII, n° 19, t. I, p. 494.

Au bout de quelques heures, résolution générale. Mort en quarante heures. — Couche optique droite complètement détruite, ventricule droit plein de sang coagulé; en outre, dans le gauche, un caillot et de la sérosité sanguinolente [1].

DXVII^e Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans. État semi-soporeux qui s'est déclaré assez brusquement, diminution de la sensibilité des membres gauches, pas de paralysie du mouvement. Mort le onzième jour de l'entrée à l'hôpital. — Épanchement sanguin du volume d'une noix dans la couche optique droite, s'étant fait jour dans le ventricule [2].

DXVIII^e Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans. 12 septembre, perte de connaissance et chute. Peau pâle et froide; retour imparfait de l'intelligence, parole nulle; la langue est montrée. Sensibilité et motilité conservées dans le côté droit du corps, ainsi que dans le membre inférieur gauche. Pas de roideur. Sensibilité abolie du membre supérieur gauche, ainsi que la motilité volontaire; mais des mouvements réflexes peuvent y être provoqués. 13, quelques paroles sont prononcées. Pas de déviation de la face, des yeux, de la langue, mais commissure labiale droite abaissée. Pupilles très resserrées; mouvements réflexes du membre supérieur gauche abolis; il y a un peu de rigidité. Bras gauche plus chaud que le droit. Pouls 80, petit. Veines de la face, de l'œil gauche, de la langue, variqueuses. Température rectale, 37° 4/5. 15, face rouge; quelques mouvements réflexes du bras paralysé; parole facile le 15, nulle le 17. Mort le 18. — Artères de la base du crâne athéromateuses. Dans le tronc de la carotide interne droite, petit caillot grenu, aplati, non adhérent. La couche optique droite présente à sa partie supérieure et interne un caillot du volume d'une noisette, intéressant l'étage supérieur du prolongement du pédoncule cérébral correspondant. Le foyer a ses parois un peu déchiquetées, mais non ramollies; il s'est ouvert dans le ventricule latéral droit; le sang s'est aussi épanché dans le troisième ventricule. Ce foyer, nettoyé par trois jours de macération, laisse voir un certain nombre de vaisseaux qui plongent dans le caillot. Un des vaisseaux porte deux anévrysmes rompus, un autre vaisseau montre un troisième anévrysme; il en existe aussi un dans la protubérance. En dehors du foyer de la couche optique malade, on trouve une artère épaissie avec plissement longitudinal de la tunique interne. La membrane musculeuse manque sur les petites subdivisions. La gaine lympha-

[1] Durand-Fardel, *Archives*, 4e série, t. II, p. 305.

[2] Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1825, t. I, p. 15.

tique est parsemée de noyaux, de corps granuleux et d'hématoïdine [1].

DXIX[e] OBS. — Ancien maréchal, quatre-vingt-un ans. 1[er] juin, frappé d'hémiplégie gauche. Mort le 10. — Le point de départ de l'épanchement de sang est à la couche optique droite. Les trois ventricules cérébraux sont remplis de sang; il y a un caillot dans l'aqueduc de Sylvius; il n'y en a pas dans le quatrième ventricule. Une fausse membrane un peu opaque, de 3 centimètres sur 2, forme une bride qui adhère aux parois du ventricule latéral gauche, à l'extrémité antérieure de cette cavité [2].

Résumé des observations d'hémorrhagies des couches optiques.

I. Ces observations sont au nombre de 38, ainsi partagées :

Hémorrhagies circonscrites des couches optiques.	19
Hémorrhagies des couches optiques étendues dans les pédoncules cérébraux..............	2
Hémorrhagies des couches optiques, avec extension du foyer à la surface du cerveau........	1
Hémorrhagies des couches optiques, avec rupture du foyer dans les ventricules...............	16
	38

II. Ces observations ont été fournies par 21 sujets du sexe masculin et 17 du sexe féminin.

III. 2 enfants étaient âgés l'un de 3 jours, l'autre de 7 ans.

2	individus avaient	l'un 26, l'autre 28 ans.	
3	—	—	31, 36 et 37 ans.
6	—	—	de 41 à 50 ans.
5	—	—	de 51 à 60 —
11	—	—	de 61 à 70 —
8	—	—	de 71 à 80 —
1	—	—	81 ans.
38			

IV. Le plus souvent, ces sujets étaient d'une constitution assez robuste; très peu étaient faibles et lymphatiques.

[1] Bouchard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, n° 328, obs. IX.
[2] Prus, *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. XI, p. 41.

V. Quelques faits ont prouvé les mauvais effets de l'usage excessif des spiritueux (XD, DX, DXIV), des chagrins (DIX). L'attaque est survenue, chez un individu, après l'immersion dans un bain froid (DIV).

VI. Le nouveau-né, sujet de la Ire Observation, avait eu la tête longtemps comprimée au détroit supérieur du bassin.

VII. Chez deux femmes, l'attaque eut lieu, pour l'une, à la fin de la grossesse, et, pour l'autre, quatre heures après la délivrance (DVI, DVII).

VIII. Quelques malades avaient eu déjà des atteintes de rhumatisme (DXIV), des symptômes d'affection du cœur, des congestions cérébrales, ou même une première attaque d'apoplexie avec hémiplégie. Deux paraissaient être dans un état de démence (XDV, DII).

IX. Parmi les phénomènes prodromiques, le plus fréquent a été une céphalalgie habituelle ou fréquente; puis ont été notés les vertiges, les vomissements, le délire ou une torpeur intellectuelle, la faiblesse de la vue, le fourmillement dans un membre.

X. L'invasion a eu lieu 23 fois par une perte subite de connaissance, souvent avec chute et insensibilité générale. Quelquefois, il n'y a eu que des étourdissements ou une chute par l'invasion rapide de la paralysie sans perte de connaissance (D, DIII). Il y a eu d'autres fois des mouvements convulsifs (DVI), ou la contracture d'un membre (DII).

XI. Revenus du premier choc ressenti, les malades se sont plusieurs fois plaints d'éprouver une céphalalgie plus ou moins vive (CDLXXXIII, CDLXXXIV, CDLXXXVIII, CDLXXXIX, DIII, DX, DXIII). Quelques-uns ont eu du délire (CDLXXXIII, CDLXXXIV, CDLXXXVI, D); d'autres étaient dans un état comateux; mais un certain nombre, j'en compte dix, ont joui d'une certaine liberté intellectuelle, comprenant très bien les questions qui leur étaient adressées et y répondant.

XII. La parole a été facile chez la plupart même avec l'hémiplégie droite (DIX). Je ne trouve d'exemple d'aphasie que dans trois cas, et encore, dans l'un d'eux, la faculté de

parler était momentanément recouvrée pour articuler des jurons, et, dans un autre, la mort fut rapide, et ne laissa pas le temps de bien constater ce symptôme ; tous les trois, d'ailleurs, offraient la coïncidence de l'hémiplégie droite (XDIV, XDVIII, DXIV).

XIII. La dilatation des pupilles et leur contraction ont été constatées un égal nombre de fois. On a noté l'inégalité des pupilles. Il y a eu un cas de strabisme convergent (CDLXXXIII). Dans une circonstance, l'ouïe a acquis une finesse qu'elle n'avait pas avant (DXI).

XIV. 27 malades ont présenté des atteintes de paralysie qui ont porté 15 fois sur le côté gauche du corps [1] et 12 fois sur le côté droit [2]. Il y a eu chez onze sujets absence totale de paralysie. Ce résultat doit être remarqué ; car on a vu, dans la section précédente, que le manque de paralysie était à peu près exceptionnel ; mais ici, non seulement la paralysie a fait un assez grand nombre de fois défaut, de plus, quand ce symptôme s'est montré, il a été très souvent incomplet. Alors, l'hémiplégie n'a frappé qu'un membre, et c'était presque toujours le membre supérieur. La face n'était que rarement atteinte, et le membre inférieur ne l'était que faiblement.

XV. Les phénomènes spasmodiques se sont, au contraire, manifestés plus fréquemment que dans les autres sections, soit avec, soit sans coïncidence de paralysie. Ils sont signalés dans vingt-deux cas, qu'il est nécessaire de spécifier. Les membres ont été agités de mouvements cloniques (CDLXXXIII, XDVI, DIII, DX, DXII, DXIV, DXVI). Les convulsions ont parfois affecté surtout un côté, et même le côté opposé à l'hémiplégie (CDLXXXIX) ; tantôt les membres gauches (DXIV), tantôt les membres droits (CDLXXXIX, DI, DXII). Les yeux ont eu aussi leurs convulsions partielles (CDLXXXIII, DVII). Ce n'étaient quelquefois que des agitations convulsi-

(1) CDLXXXII, CDLXXXVII, CDLXXXVIII, CDLXXXIX, XDI, XDII, XDIII, XDVII, XDIX, DX, DXI, DXII, DXIII, DXVI, DXIX.

(2) CDLXXXIII, XDIV, XDV, XDVI, XDVIII, DI, DIII, DVI, DX, DXIII, DXIV, DXV.

ves, des secousses spasmodiques, des soubresauts des membres. (CDLXXXIV, XDIV, DVI, DVII, DX). On a remarqué aussi un tremblement général (XDIII). D'autres fois, le spasme affectait surtout les muscles de la mâchoire, d'où les grincements, le serrement des dents, des mouvements analogues à ceux de la mastication (CDLXXXVI, XDVIII, DIII).

XVI. Les spasmes toniques ont eu lieu assez souvent; on a constaté la rigidité générale des membres (CDLXXXVI, DIV, DXVI), la contracture des membres droits (XDII, XDVIII, DVIII) ou celle des membres gauches (CDLXXXV, CDLXXXVII, XDIX), ou celle d'un côté après l'autre (DII), ou encore la roideur des membres supérieurs avec la résolution des inférieurs (CDLXXXIII, DVII); la contraction spasmodique des muscles du cou renversant la tête en arrière (CDLXXXIII, DXI). Il est évident que cette multiplicité, cette variété de spasmes dans les hémorrhagies de la couche optique, contrastent avec leur rareté dans les hémorrhagies du corps strié.

XVII. La sensibilité a été souvent conservée. Il y a eu parfois des douleurs dans les membres paralysés, des fourmillements pénibles (XDI, XDIII, DX). La sensibilité a été, d'autres fois, engourdie, émoussée, abolie dans les membres privés de mouvement (CDLXXXIV, CDXXXIX, XDIV, XDVI XDVII, D, DII, DV DVII, DIX, DXVIII). Dans un cas remarquable, il y a eu hémiplégie gauche du sentiment, sans perte du mouvement (DXVII).

XVIII. La respiration a été fréquemment influencée; elle a été difficile, gênée, irrégulière, saccadée, singultueuse, et surtont stertoreuse.

XIX. Le pouls a été, dans quelques cas, très lent (XD, DVII), le plus ordinairement fréquent.

XX. Quelques sujets ont eu des vomissements (CDLXXXIII, XDI, XDVIII,DVII); d'autres, une gêne marquée dans la déglutition (CDLXXXV, XDII, XDVIII, DX). Un malade a présenté des symptômes analogues à ceux de l'entérite folliculeuse, diarrhée, gargouillement, ventre tendu, sensible à la pression; cependant, sans lésion de l'intestin : c'était un cas tout à

fait à part (CDLXXXIV). Il y a eu parfois des évacuations involontaires.

XXI. On a constaté une plus grande élévation de température au bras paralysé qu'à l'autre (DXVIII). Quelques sujets ont eu, avant de mourir, des sueurs abondantes et froides (CDLXXXVI, DVIII).

XXII. La durée de la maladie a présenté d'assez nombreuses différences tenant surtout à l'étendue du foyer hémorrhagique, circonscrit dans la couche optique ou épanché dans le ventricule. Dans ce dernier cas, la maladie s'est promptement terminée en quelques heures (DV, DXI, DXIV, DXV) ou d'un à douze jours (DIV, DVI, DVII, DVIII, DIX, DX, DXII, DXVI, DXVII, DXIX). Le cas où ce dernier terme fut atteint avait offert une sensible amélioration; mais le huitième jour les accidents redoublèrent, et la mort arriva quatre jours après (DXIII).

XXIII. Lorsque l'hémorrhagie a été limitée à la couche optique, la mort a été rarement rapide (sept heures, XD); elle n'est survenue qu'au bout de quelques jours, ou même au bout d'un mois (CDLXXXVIII, XDIX), un mois et demi (CDLXXXIII, D), deux mois (CDLXXXIV, XDIV, XDVII), deux mois et demi (CDLXXXII, DII), un an (CDLXXXVII, XDIII, XDVI).

XXIV. Les recherches nécroscopiques ont appris que la couche optique droite a été 23 fois le siége de l'hémorrhagie, et la couche optique gauche 15 fois. L'hémiplégie s'est montrée du côté opposé à celui où résidait la lésion, excepté dans un cas où la paralysie était à droite, ainsi que l'érosion d'où le sang avait coulé (DXV).

XXV. Le foyer creusé dans une couche optique a augmenté le volume de cet organe, et s'est rempli de sang bientôt coagulé. Ce caillot a eu la grosseur d'une noisette, et souvent celle d'une noix. Il a pesé jusqu'à 60 grammes (CDLXXXV). Dans les parois du foyer ont été trouvés des vaisseaux dilatés et anévrysmatiques (DXVIII). Cette cavité s'est élargie du côté du lobe moyen, ou elle s'est avancée

vers le ventricule, de manière à n'en être séparée que par l'épendyme (CDLXXXIX).

XXVI. Une extension remarquable du foyer s'est opérée dans l'épaisseur du pédoncule cérébral correspondant. Le sang a pu pénétrer jusqu'au mésocéphale en suivant l'intervalle des faisceaux des fibres nerveuses (DI, DII).

XXVII. Le foyer a pu s'ouvrir à la surface du cerveau, mais bien plus souvent dans les ventricules. Le sang s'est répandu dans ces cavités; il a paru quelquefois directement versé dans le ventricule moyen; et quelquefois, s'il était coagulé dans le ventricule qui l'avait reçu le premier, on ne trouvait dans les autres qu'une sérosité sanguinolente. Dans quelques cas, l'ouverture du foyer hémorrhagique avait été étroite ou irrégulière, et la transsudation sanguine avait paru enrayée (DVIII, DXIII).

XXVIII. La cavité hémorrhagique de la couche optique s'est revêtue d'une fausse membrane; mais cette localisation n'a pas été aussi favorable que les autres à l'étude de ce travail de réparation. Toutefois, une néo-membrane à trame celluleuse a été aperçue après le premier mois (CDLXXXVIII, XDIX); elle formait au bout d'un an un kyste à parois lisses et résistantes (CDLXXXVII, XDIII).

XXIX. Les vaisseaux des méninges et du cerveau ont été le plus souvent gorgés de sang. Il y a eu des cas de thrombose artérielle (CDLXXXV), d'état cartilagineux ou athéromateux des parois de quelques artères (XDVI, DII, DXVIII).

XXX. Diverses altérations particulières, accidentelles, ont été rencontrées en certains points de l'encéphale; mais l'une des plus constantes, alors que la couche optique n'avait pas été rompue, était la présence d'une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux. Cette coïncidence a eu lieu 14 fois.

XXXI. Le cœur s'est montré volumineux chez quatre sujets avec état cartilagineux de la valvule mitrale chez l'un d'eux et de l'aorte chez un autre (CDLXXXV, CDLXXXVIII, CDLXXXIX, DXIV).

7e SECTION. — HÉMORRHAGIES SIMULTANÉES DES CORPS STRIÉS ET DES COUCHES OPTIQUES.

Les différences qui ont été reconnues, surtout dans la symptomatologie des hémorrhagies des corps striés et de celles des couches optiques, imposent l'obligation de constater les modifications qui pourraient résulter de la coïncidence de ces deux sortes d'effusions sanguines. Bien que les résultats soient peu tranchés, le rapprochement des faits ne saurait être entièrement inutile.

Les faits seront distribués en ceux qui offrent un foyer commun pour les deux éminences en scène, ceux qui montrent des foyers distincts pour ces organes, ceux qui présentent leur lésion des deux côtés; enfin, viennent les cas de rupture du foyer versant le sang dans les ventricules latéraux.

§ I. — Hémorrhagies du corps strié et de la couche optique n'ayant qu'un foyer commun.

DXXe Obs. — Fille, dix-huit ans, n'ayant jamais été réglée. Il y a quatre mois, vive douleur dans la région frontale, dissipée par une application de sangsues, et renouvelée ensuite en septembre. Alors un purgatif produit des vomissements et des selles pendant deux jours; puis tout à coup insensibilité et perte de la parole. Tête chaude, face vultueuse, mouvements convulsifs des muscles de la face et du cou. Mort le troisième jour. — Dure-mère distendue par les circonvolutions soulevées, surface du cerveau couleur de cire, ramollissement des parties centrales, corps strié et couche optique gauches d'une couleur vineuse par suite d'infiltration de sang [1].

DXXIe Obs. — Femme, trente ans. Effrayée, en 1830, par les combats qui se livraient dans les rues, elle tombe sans connaissance avec une paralysie des membres droits; cependant, elle guérit au bout d'un an. Quatre ans après, elle meurt d'une autre maladie. — Entre la couche optique et le corps strié du côté gauche, cicatrice linéaire de huit lignes d'étendue; en cet endroit, la substance cérébrale, de couleur blanche nacrée, est dure, difficile à déchirer, et

[1] J. Hughes Bennett, *Pathol. and histological Researches on inflammation on the nervous system* Edinburgh, 1843, p. 30.

analogue au tissu fibreux; elle résiste comme une bride ligamenteuse, tandis que le tissu cérébral se déchire tout autour. Au centre de cette induration se trouve une petite cavité arrondie, à parois lisses, recouverte d'une sorte de membrane mince, et renfermant un peu de sérosité de couleur légèrement citrine. Cette cavité est assez large pour loger un pois (1).

DXXII^e Obs. — Clotilde Barennes, âgée de trente-neuf ans, native de la Charente, mariée, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez forte, bien réglée, ayant pour occupation de garder des petits enfants, était venue à l'hôpital à diverses reprises se plaignant de douleurs d'estomac. Le 5 octobre 1852, elle éprouve une forte céphalalgie avec vertiges. Néanmoins, elle s'endort le soir, est assez tranquille la nuit, mais elle se réveille le matin avec un engourdissement et une faiblesse notables du bras et de la jambe gauches. Impossibilité de marcher, parole embarrassée, vomissements. On pratique une saignée. Le 6, la malade est conduite à l'hôpital Saint-André. Pouls large, régulier, 64. Douleur vive dans la région temporale droite, resserrement et immobilité de la pupille du même côté, abaissement de la commissure labiale gauche, déviation de la face à droite. La langue en sortant de la bouche se porte à gauche. Paralysie du mouvement et non de la sensibilité dans les membres gauches. Épigastre sensible à la pression. Constipation. Pas de symptômes fournis par les organes respiratoires. Battements du cœur réguliers, sans bruit spécial. (Douze sangsues derrière l'oreille droite, lavement purgatif, sinapismes aux pieds.)

7. Pouls 56, vomissement, pas de selles, contracture du bras gauche. (Calomel, 1 gramme.)

10. Pouls 88, peau chaude, face colorée, langue sèche, délire, selles liquides. 11, érysipèle de la face, commençant sur la pommette gauche; pouls 100. 12, l'érysipèle gagne le cuir chevelu. 13, il passe au côté droit de la face. 14, eschare au sacrum, décroissement de l'érysipèle. 15, assoupissement, langue sèche, pouls 120. (Potion avec extrait mou de quinquina, 4 grammes.) Affaissement général, respiration fréquente, petitesse extrême du pouls.

Mort le 19.

Nécropsie. — Les vaisseaux du cerveau sont gorgés de sang noirâtre. En ouvrant l'hémisphère droit par une section horizontale, on arrive sur un vaste épanchement sanguin situé en dehors du ventricule latéral. Le corps strié est à moitié détruit; la perte de substance est nette; la partie externe de la couche optique est

(1) Duplay, *Archives*, 2e série, t. VI, p. 490, — et Delamarre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 340, p. 25.

envahie dans cette destruction. Le foyer a neuf centimètres de longueur sur trois de largeur; il est rempli de caillots de sang noirâtres et mous. A l'entour, la substance cérébrale est ramollie et diffluente. Les cavités du cerveau ne contiennent pas de sérosité. Pas d'autres lésions à noter dans l'encéphale, ni du côté des organes thoraciques et abdominaux.

DXXXIII[e] Obs. — Un doreur, intempérant. En février, attaque subite, coma et hémiplégie droite, en même temps rigidité du même côté. La jambe, imparfaitement paralysée, est souvent agitée par des secousses convulsives. Pupilles contractées. Sueur abondante, mouvements du cœur faibles, pouls 80. Le deuxième jour, la connaissance revient, mais état de stupeur. Le douzième jour, diarrhée, et bientôt après mort. — Ramollissement de la substance blanche de l'hémisphère gauche. Dans la couche optique, caillot récent, noir, anticipant sur le corps strié, déchiré et comprimé. La substance nerveuse immédiatement environnante est colorée par son mélange avec le sang; au delà, elle est ramollie, mais sans changement de couleur (¹).

DXXIV[e] Obs. — Un maçon, quarante-six ans, pris subitement, le 15 mars, de paralysie du bras gauche et bientôt après de la jambe du même côté, sans perte de connaissance ni de la sensibilité. Le 13 avril, la jambe gauche est plus maigre que la droite; la sensibilité y est peu affectée, et quelques mouvements peuvent y être exécutés. La sensibilité du bras est plus émoussée, et les doigts ne peuvent exécuter que quelques mouvements très bornés. Bouche déviée à droite, langue tirée à gauche; évacuations involontaires, ulcérations au sacrum et aux trochanters. Pouls du bras droit, plein et dur; au gauche, petit et faible. Mort le 25. — Méninges normales. Très peu de sérosité dans les ventricules. Extravasation de sang dans la couche optique droite, pénétrant dans le corps strié, et profondément dans la substance cérébrale, sur le trajet de la corne inférieure du ventricule. Le caillot est d'un rouge-brun, jaunâtre. Substance cérébrale environnante ramollie (²).

DXXV[e] Obs. — Femme, cinquante-deux ans, aliénée. Agitation, fureur, depuis six ans. Neuf jours avant la mort, perte de connaissance, chute, hémiplégie gauche avec contracture du bras, et perte de la sensibilité. Délire, fièvre, vomissements, coma. — Végétation pisiforme fibro-cartilagineuse de la dure-mère. Adhérence circons-

(¹) Todd, *Clinical Lectures*, 1861, p. 744.

(²) J. Hughes Bennett, *Pathol. and histological Researches on inflammation of the nervous system*. Edinburgh, 1843, p. 26.

crite de la pie-mère à la couche corticale de l'hémisphère droit. Circonvolutions des lobes antérieurs un peu atrophiées. Vaste épanchement de sang coagulé dans la couche optique et dans la portion contiguë du corps strié du côté droit. Parois de la cavité ramollies, substance cérébrale voisine molle et d'un rouge jaunâtre. Sous les méninges du lobe droit du cervelet, un peu de sang épanché ([1]).

DXXVI[e] Obs. — Homme, cinquante-trois ans, garçon de cabaret, généralement bien portant, mais intempérant. 6 mars, tremblement subit des membres, chute sans perte de connaissance. Côté gauche de la face affaissé, pendant, sans expression; joue soulevée par l'air expiré; impossibilité de siffler, de faire exécuter à la machoire des mouvements latéraux. Difficulté pour avaler. Parole imparfaite; sortie de la langue difficile, sa pointe s'incline à gauche. Pas de paralysie des muscles de l'œil, ni des paupières. Pupilles également contractées. Vue, ouïe, odorat, diminués du côté gauche. Bras et jambe gauches entièrement paralysés. Le sphincter de l'anus retient une partie de son action. Quelques muscles de l'avant-bras roides, sensibilité presqu'éteinte dans les membres paralysés. Palpitations de cœur, pouls 96, plein. La sensibilité se rétablit au bout de vingt-quatre heures, et même un peu la motilité de la jambe. Plus tard, céphalalgie, insomnie, dégoût des aliments. Mort le 23 mars. — Dure-mère adhérente au crâne. Infiltration séreuse sous l'arachnoïde. Substance cérébrale généralement consistante; beaucoup de fluide dans les ventricules latéraux. Corps strié et couche optique droits saillants en haut et creusés d'une grande cavité, qui empiète un peu sur la substance blanche de l'hémisphère; cette cavité contient du sang fluide et un caillot assez ferme. Le pourtour du foyer présente une substance cérébrale ramollie, où le microscope fait découvrir des tubes nerveux brisés et de petits globules huileux. Le mésocéphale et la moelle paraissent peu volumineux ([2]).

DXXVII[e] Obs. — Marie Bayle, fille, âgée de cinquante-trois ans, native de Vayres (Gironde), habite depuis vingt ans l'hôpital Saint-André, où elle est domestique. Sa constitution est bonne, sa stature petite, sa conformation régulière. Elle est très active. La menstruation a cessé depuis longtemps. Cette fille a eu des douleurs rhumatismales; elle se plaignait habituellement de douleurs dans le côté gauche de la tête.

Le 11 janvier 1840, après s'être occupée pendant toute la matinée à repasser du linge, et après avoir fait un repas très frugal, elle

([1]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 294, p. 311.
([2]) Todd, *Archives of Medicine*, 1859, t. I, p. 288.

tomba tout à coup sans connaissance. Depuis ce moment, elle n'a donné aucun signe d'intelligence; seulement, elle pousse quelques cris plaintifs, qui redoublent chaque fois que l'on touche à la partie gauche de la tête. Il y a eu des vomissements de matières aqueuses. Le côté droit du corps est paralysé avec rigidité et contracture musculaire. (Saignée du bras; sinapismes promenés sur les membres inférieurs; potion éthérée.)

12 janvier. Les membres supérieur et inférieur du côté droit sont immobiles. L'avant-bras est à demi-fléchi. La contraction des membres fléchisseurs y est permanente. Les membres gauches se livrent à des mouvements désordonnés et instinctifs. La sensibilité paraît nulle du côté droit. La malade pousse des cris plaintifs chaque fois que l'on porte la main sur le côté gauche de sa tête. L'intelligence est nulle. Pas de paroles; seulement quelques gémissements ont été entendus. La face est un peu colorée, les yeux sont fermés. La déglutition est difficile; le pouls faible, assez régulier, peu fréquent. (Vésicatoires aux jambes; lavement avec la décoction de séné; six sangsues derrière l'oreille gauche.)

13. Point d'évacuation alvine; langue très chargée; grincement de dents. (Deux ventouses scarifiées à la nuque; cataplasmes sinapisés aux pieds; eau de Sedlitz.)

Soir. Pas de selles. Soubresauts des tendons, coma continu. Rigidité musculaire du côté droit. Demi-flexion du membre supérieur.

Du 27 janvier au 12 juillet, l'état de Marie Bayle a présenté quelques modifications qui se résument ainsi. Il est survenu des douleurs abdominales vives, que la pression augmentait. Les parois abdominales étaient dures et tendues, le pouls fréquent. Quelques semaines après, il s'est manifesté une douleur très forte à l'anus. L'examen de cette région n'a montré ni fissure, ni tumeur, ni rougeur. La constipation était opiniâtre. La paralysie a persisté dans le côté droit, avec augmentation de la contracture dans le membre supérieur; l'avant-bras était dans la prostration et les doigts dans une flexion constante. Dès qu'on voulait les étendre, on provoquait des douleurs très aiguës tout le long du bras. La sensibilité était d'ailleurs fort exaltée dans tout le côté paralysé; elle offrait aussi une aberration notable au membre inférieur. Quand on touchait la jambe avec la main, à la température ordinaire, la malade croyait sentir un morceau de glace. La parole était devenue parfois un peu distincte, et, quelques gestes aidant, des monosyllabes étaient intelligibles. Il y a eu des vertiges et des éblouissements; et, pendant quelque temps, des mouvements convulsifs, qui paraissaient provoqués par l'usage de l'extrait de noix vomique. Les moyens employés ont été, en outre, quelques petites saignées (le caillot s'est montré

assez consistant, mais sans couenne); les laxatifs, et, contre les douleurs si fatigantes dont la malade se plaignait sans cesse, les liniments et les pommades avec le camphre, l'ammoniaque, l'éther, l'opium, la belladone, etc., les bains émollients; enfin, l'extrait thébaïque à l'intérieur, dont la dose a été successivement portée jusqu'à 15 centigrammes. C'était le seul moyen capable de procurer un peu de calme. La mort a eu lieu tout à fait inopinément, et sans agonie, le 12 juillet, six mois après l'invasion de la maladie.

Nécropsie. — Embonpoint développé; abdomen volumineux.

Les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noir et liquide. Un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne. La substance cérébrale est d'une blancheur et d'une consistance parfaitement normales. Il n'y a pas le moindre pointillé.

Le ventricule droit contient un peu de sérosité; la voûte à trois piliers est ramollie. Les deux lames du septum lucidum sont écartées l'une de l'autre de trois millimètres par de la sérosité.

Entre le corps strié et la couche optique gauches se trouve une cavité allongée d'avant en arrière, tapissée par une fausse membrane. Cette cavité, un peu anfractueuse, longue de cinq centimètres, contient un détritus comme boueux et jaunâtre, et point de sang. Le ventricule gauche est sain, et n'est séparé du foyer hémorrhagique que par une lame mince de substance cérébrale. La couche optique est ramollie et grisâtre. Le reste de l'encéphale est sain.

Poumons légèrement adhérents, un peu engoués postérieurement.

Cœur normal. Foie petit et sain, ainsi que la rate.

La muqueuse de la fin de l'iléon présente une légère injection.

DXXVIII^e Obs. — Pierre Merland, âgé de cinquante-trois ans, menuisier, de forte constitution, est pris subitement, le 12 février 1854, de perte de connaissance et de paralysie du côté gauche.

Le lendemain, il est porté à l'hôpital Saint-André (clinique interne). Il a repris l'usage de ses facultés intellectuelles; il comprend, mais sa parole est embarrassée; il ne peut que difficilement articuler quelques mots; sa bouche est déviée à droite; les membres supérieur et inférieur gauches sont presque privés du mouvement et du sentiment; quand on pince le bras, les doigts se fléchissent. Pouls 64, plein. Bâillements fréquents. Battements du cœur forts, clairs, réguliers. (Saignée du bras; six sangsues derrière l'oreille droite; lavement purgatif.)

14 et jours suivants. Même état. La paralysie du sentiment et du mouvement est plus prononcée. (Purgatifs; vésicatoires, etc.) Dyspnée, pouls 86, selles et urines involontaires, parole de plus en

plus embarrassée et pouls plus petit; faiblesse extrême. Mort le 22 février (dixième jour).

Nécropsie. — Rigidité très grande des membres supérieurs. Pupilles très dilatées.

Aussitôt après avoir détaché la voûte du crâne, et avant l'incision des méninges, il s'est écoulé une quantité assez considérable de sang.

Injection générale très forte de la pie-mère et des vaisseaux cérébraux.

Dans l'intérieur du corps strié droit et de la partie antérieure de la couche optique correspondante existe un foyer sanguin considérable constitué en grande partie de caillots noirâtres assez volumineux; entre ces caillots se trouve du sang liquide, un peu pâle. Les parois du foyer sont anfractueuses, irrégulièrement déchirées. On y remarque des fragments de substance cérébrale et des petites concrétions sanguines, qui flottent à l'intérieur du foyer quand on y fait tomber un filet d'eau.

L'examen des autres organes ne présente rien de notable.

DXXIX° Obs. — Femme, cinquante-cinq ans. Octobre, attaque d'apoplexie, insensibilité pendant six ou sept jours, hémiplégie du côté droit, prononciation non distincte et confusion de l'intelligence. Mort au bout de trois mois. — Vaisseaux de la base de l'encéphale épais et athéromateux. Un peu de sérosité dans les ventricules, dont les parois sont saines et fermes, excepté celle du côté gauche, qui est proéminente. A la partie externe du corps strié et de la couche optique de ce côté, on découvre une grande cavité remplie d'un fluide jaunâtre légèrement trouble. Cette cavité occupe ces deux corps et la substance du lobe correspondant dans une égale étendue. Elle a deux pouces et demi de longueur, est ovoïde, irrégulière dans sa forme, et imparfaitement divisée en deux parties par un fragment de caillot non encore absorbé. L'antérieure plus large est tapissée par une membrane de couleur orangée, mince et moins distincte en avant, épaisse, très distincte et de couleur variée en arrière; la cavité postérieure, pouvant contenir une noisette, n'était qu'incomplètement revêtue d'une membrane, et présentait inférieurement une fissure de demi-pouce de long, remplie par une production de même nature que cette membrane, et continue avec elle. Le caillot qui séparait les deux cavités était homogène, pulpeux, couleur rouge brique, et adhérait à la substance cérébrale, avec laquelle il était en contact. Il se prolongeait un peu sur les parois des cavités voisines. Examen microscopique : La membrane qui tapissait les cavités consistait en un tissu fibroïde délicat, parsemé de beaucoup de granules très petits, de cellules granuleuses incolores, d'autres ayant une

couleur jaune ou orangée, de cristaux rouges, rhomboïdaux, d'hématine, etc. Le caillot présentait une structure fibrineuse avec une grande quantité de matière granuleuse et de restes de globules sanguins; il n'y avait pas de cristaux hématoïdes, mais beaucoup de cellules granuleuses couleur orange. Aorte pénétrée de dépôts athéromateux (1).

DXXX° Obs. — Homme, soixante ans. En décembre 1831, œdème des pieds, qui disparaît promptement. Peu de jours après, perte de connaissance, jambe et bras droits immobiles, insensibles; commissure des lèvres tirée à gauche. Le deuxième jour, la connaissance est rétablie; le malade peut parler, mais très difficilement; langue déviée à droite; l'hémiplégie persiste, sans contracture. (Séton à la nuque.) La jambe reprend son mouvement, et en partie sa sensibilité. Céphalalgie, délire, érysipèle du cuir chevelu. Mort le trente-sixième jour à dater de l'attaque d'apoplexie. — Pie-mère injectée. Cerveau ferme et injecté. Sérosité citrine dans les ventricules latéraux. Septum lucidum sain. Plexus choroïdes pâles. Dans l'intervalle du corps strié et de la couche optique gauches, foyer du volume d'un petit œuf de poule, rempli d'un sang violâtre, grumeleux, tapissé par une membrane molle, tomenteuse, rougeâtre, demi-transparente, peu adhérente au tissu cérébral adjacent, qui était lisse et ferme, sans déchirure ni ramollissement. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur. Aorte dilatée et parsemée d'incrustations ostéo-cartilagineuses (2).

DXXXI° Obs. — Peintre, soixante-cinq ans. Attaque d'apoplexie il y a un mois; hémiplégie complète du mouvement, sensibilité intacte, intelligence entière, langue fuligineuse, respiration fréquente, puis stertoreuse. Mort le trente-cinquième jour de la maladie. — Ventricules latéraux remplis de sérosité limpide; leurs parois sont d'une densité remarquable. Cavité digitale considérable communiquant avec le reste du ventricule par une ouverture étroite; septum lucidum très développé. Le plancher du ventricule latéral gauche présente le foyer apoplectique qui occupe la partie postérieure du corps strié et le côté externe de la couche optique. La bandelette demi-circulaire est déchirée. Une veine considérable a été respectée, et forme comme une bride qui maintient le caillot. Les parois du foyer sont tapissées par une membrane celluleuse organisée et vasculaire, de couleur jaune orangé, mélangé de jaune serin et de jaune ocre. Substance cérébrale adjacente, comme granuleuse (3).

(1) Bristowe, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1855, t. VI, p. 36.
(2) Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 379.
(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 5e livraison, planche VI, p. 5.

DXXXIIe Obs. — Femme, soixante-six ans. Hémiplégie droite, perte de la parole, langue gonflée et peu mobile. Un mois après, quelques mots sont à peine ou mal prononcés. Au bout de deux ans, l'hémiplégie est complète et la parole n'est plus intelligible; cependant, la motilité de la langue et des lèvres n'est point enrayée; œdème des jambes; épuisement. — État granuleux des reins; maladie du cœur. Restes d'un vaste foyer hémorrhagique creusé dans le côté externe du corps strié et de la couche optique gauches et la partie correspondante du lobe moyen. Cette cavité s'étend en bas jusqu'à l'insula de Reil, mais les circonvolutions sont intactes. Elle s'étend aussi jusque dans le pédoncule (1).

DXXXIIIe Obs. — Homme, soixante-huit ans, vifs chagrins. Novembre, perte incomplète de connaissance, hémiplégie droite, parole très difficile; amélioration, mais idées confuses; impossibilité de marcher, qui diminue quelque temps après; état de démence; affaiblissement, mouvements fréquents, automatiques. Mort au bout de neuf mois. — Une once et demie de sérosité dans les ventricules latéraux. Infiltration séreuse abondante sous l'arachnoïde. Entre la couche optique et le corps strié gauches, cavité irrégulière de six à sept lignes de diamètre. Deuxième cavité plus petite dans l'hémisphère gauche, au niveau du corps calleux; l'une et l'autre contiennent un fluide séreux. Les parois sont vasculaires. La substance cérébrale environnante n'est pas altérée (2).

Sur la limite du corps strié et de la couche optique, quelquefois empiétant plus sur l'un que sur l'autre, a été trouvé un foyer hémorrhagique assez considérable, mais parfaitement circonscrit, quoique refoulant plus ou moins la substance médullaire du lobe voisin. La bandelette demi-circulaire a été rompue (DXXXII), et, bien qu'il n'y ait eu qu'un foyer, il a paru dans un cas y avoir deux cavités séparées par un caillot central (DXXX).

Le sang était à des degrés variés de coagulation.

A dater du trente-cinquième jour, on trouvait les parois tapissées par une fausse membrane prompte à s'organiser; et la cavité hémorrhagique ne contenait bientôt qu'un fluide séreux trouble, jaunâtre ou blanchâtre.

(1) Hughlings Jackson, *Medical Times and Gazette*, 9 sept. 1865. (*Archives*, 6e série, t. VII, p. 100.)

(2) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 162.

Plus tard encore, cette cavité était très rétrécie; ses parois étaient devenues fermes, comme fibreuses, et une cicatrice solide s'était formée.

§ II. — Hémorrhagies du corps strié et de la couche optique ayant des foyers distincts.

DXXXIV[e] Obs. — Femme aliénée, vingt-six ans; elle a eu deux attaques d'apoplexie à un mois d'intervalle; elle reste atteinte de paraplégie, et meurt au bout d'un an. — Cerveau consistant, circonvolutions petites. Dans les ventricules latéraux, deux onces de sérosité claire. Deux cavités, l'une dans le corps strié droit, l'autre dans la couche optique du même côté; elles peuvent admettre un corps de la grosseur d'une noisette; elles sont tapissées par une membrane analogue à celle des ventricules; elles contiennent un peu de sérosité sanguinolente. Beaucoup de sérosité dans la partie inférieure du canal rachidien [1].

DXXXV[e] Obs. — Femme, trente-trois ans, muette, idiote, robuste, atteinte d'épilepsie. Au sixième mois de grossesse, attaques plus fréquentes. Tout à coup, trois ou quatre accès violents; paralysie complète du côté droit, bouche tirée à gauche, stertor, mort le même jour. — Le corps strié gauche contient un caillot gros comme une petite noisette; un autre caillot plus petit se trouve dans la couche optique du même côté. Le reste du cerveau est sain; il existe dans la protubérance annulaire plusieurs granulations cartilagineuses [2].

DXXXVI[e] Obs. — Femme, quarante-sept ans. Apoplexie, hémiplégie gauche. Sensibilité conservée dans les membres supérieur et inférieur; le premier peut un peu se mouvoir, non le second. Mort de phthisie pulmonaire. — Corps strié et couche optique droits offrant une dépression assez profonde indiquant deux foyers apoplectiques jaunâtres, circonscrits; celui du corps strié est le plus grand. Partie droite de la protubérance annulaire injectée. Petit épanchement sanguin au dessus du processus cerebelli ad testes droit. Hémisphères gauches du cerveau et du cervelet sains [3].

DXXXVII[e] Obs. — Femme, soixante-un ans. Attaque d'apoplexie à la fin de l'hiver de 1811. La connaissance et la parole se rétablis-

[1] Guillemin, Thèses de la Faculté de Paris, 1818, n° 100, p. 10.
[2] Ménière, *Archives*, 1828, t. XVI, p. 491.
[3] Lacrampe-Loustau (service de M. Serres), *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 437.

sent, mais il reste une hémiplégie gauche, puis contracture; sensibilité émoussée à gauche. Bouche non déviée, la langue sort droite. Pupilles contractiles; air un peu hébété, cependant l'intelligence et la parole sont intactes. Appétit, constipation. Huit mois après, frissons, fièvre, sécheresse de la bouche, météorisme du ventre. Mort. — Un peu de sérosité dans et sous l'arachnoïde et dans les ventricules. La couche optique droite présente une tache d'un jaune-vert; elle est déprimée. Cette dépression, apparente dans le ventricule, est comme chagrinée. Dans le centre du corps strié voisin, il y a une altération de même nature, qui ne se voit pas à la surface, et qui est sans communication avec la première ni avec le ventricule (1).

Ces quatre observations se distinguent des précédentes en ce que le corps strié et la couche optique d'un côté ont offert chacun un foyer hémorrhagique.

Du reste, symptomatologie analogue et peu significative. La mort fut rapide chez l'un des malades, malgré l'exiguïté des collections sanguines, tandis que chez les autres, la vie a pu se maintenir plusieurs mois, les foyers ayant parcouru les phases ordinaires de leur transformation.

§ III. — Hémorrhagies des corps striés et des couches optiques s'étant produites des deux côtés.

DXXXVIII^e Obs. — Femme, quarante-deux ans, pléthorique, condamnée pour vol. Paresse, maladresse; assoupissement, vertiges. Douleur dans la région pariétale droite, engourdissement dans le côté gauche du corps, embarras dans la parole, pouls accéléré et dur, peau chaude, bouche déviée. Sensibilité diminuée dans les membres gauches, l'inférieur se traine à demi paralysé. Même état pendant sept mois. Retour des symptômes, mais la douleur pariétale est à gauche et l'engourdissement des membres à droite. Amélioration au bout de quinze jours. Dix mois après, mort subite. — Forte congestion des vaisseaux céphaliques, artères de la base du crâne ossifiées, arachnoïde ventriculaire épaisse et peu transparente. Entre la couche optique et le corps strié droits, tache jaunâtre inégale, déprimée, sorte de cicatrice sous laquelle se trouvait un noyau résistant, lenticulaire, allongé, d'un brun-jaunâtre, un peu élastique, ressemblant au tissu d'une capsule surrénale, et composé de deux lames d'une ligne environ d'épaisseur, réunies par des filaments

(1) Breberet, dans Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 446.

celluleux. Entre la couche optique et le corps strié gauches, dépression analogue sans changement de couleur, correspondant à une sorte de cordon noueux et plein, de deux pouces de longueur, plongeant dans le centre ovale. Cœur très volumineux (1).

DXXXIX^e Obs. — Femme, quarante-sept ans, tempérament nerveux, grêle, taille élevée. 25 février, engourdissement dans les membres, difficulté de parler, vomissement, pouls grand et fort, face vultueuse, respiration difficile, mouvement facile des membres supérieurs, parole rétablie, paraplégie. En juin, pleurésie. Mort. — Entre les couches optiques et les corps striés de chaque côté, cavité contenant un caillot de sang jaunâtre, de la grosseur d'une aveline, qui n'en remplissait pas toute l'étendue (2).

DXL^e Obs. — Dupuytren, âgé de cinquante-six ans, d'une forte constitution, plein d'activité, à l'apogée de sa gloire, frappé le 15 novembre 1833 d'une légère atteinte d'apoplexie, à la suite de laquelle on remarqua un peu de paralysie dans la bouche et quelque difficulté de s'exprimer. Il partit quelques jours après pour l'Italie, et ne revint à Paris qu'en mars 1834. Il paraissait assez bien, mais il fut atteint d'une pleurésie avec épanchement thoracique. Il mourut le 8 février de l'année suivante, ayant conservé jusqu'au dernier moment toute l'intégrité de son intelligence. — A l'ouverture cadavérique faite en présence de Broussais, de Husson, de MM. Cruveilhier et Bouillaud, on constata l'ampleur du crâne, le défaut de symétrie de ses deux moitiés latérales, une tache ou sorte de cicatrice jaune un peu rouillée, à surface aréolée, à l'entrée de la cavité digitale du ventricule droit du cerveau; au centre de la couche optique droite, un petit foyer de sang gros comme un grain de chênevis; dans la portion du corps strié qui est en dehors de la couche optique du même côté, une excavation pouvant contenir une aveline, à parois inégales, légèrement frangées et de couleur un peu brunâtre; dans le point correspondant du corps strié gauche, une excavation tout à fait analogue; dans l'une et l'autre, quelques filets celluleux entrecroisés. Ces foyers existaient dans la substance grise, tandis que la plaque aréolée du ventricule n'affectait que la couche blanche superficielle. Artères cérébrales parsemées de plaques jaunâtres. Cœur hypertrophié, épanchement séreux thoracique, etc. (3).

DXLI^e Obs. — Tailleur de verres, cinquante-neuf ans, se disant

(1) Lallemand, *Lettres sur l'Encéphale*, t. II, p. 487.

(2) Guillemin, Thèses de Paris, 1818, n° 100, p. 7.

(3) *Gazette médicale*, 1835, p. 111. Procès-verbal de l'ouverture. *Journal hebdomadaire*, 1835, t. I, p. 213. — *Essai histor. sur Dupuytren*, par Vidal (de Cassis). Paris, 1835.

sobre, mais faisant un usage abondant de bière et de liqueurs alcooliques; ayant eu des douleurs de rhumatisme ou de goutte, mais non des attaques régulières. Il y a deux ans, il est pris de stupeur subite, avec perte de l'usage du côté droit. Pendant quelques jours, état comateux et insensibilité. Au bout de quelques mois, rétablissement. Plus récemment, en octobre, deuxième attaque semblable à la première; les symptômes diminuent, mais le sujet ne peut reprendre son travail. En décembre, troisième attaque avec délire, puis perte de connaissance, qui revient le soir. Les membres droits sont immobiles et de plus insensibles. La langue sort en ligne droite, la prononciation est difficile. Ptosis de la paupière supérieure droite, relâchement de la joue, traits tirés à gauche. Flaccidité des muscles des membres droits. Impulsion du cœur forte, bruit de souffle systolique de l'orifice mitral très distinct. Constipation, pesanteur de tête, disposition des idées à s'égarer et difficulté pour les recueillir. Urine albumineuse, commencement de leucophlegmasie. Quatrième attaque, dans laquelle le côté gauche est complètement paralysé du sentiment et du mouvement. A chaque expiration la joue gauche était soulevée. Les membres droits s'agitaient quand on les pinçait; les gauches restaient immobiles. Stertor, coma, mort. — Deux foyers hémorrhagiques, l'un ancien, l'autre récent. Le premier affectait le corps strié et la couche optique gauches, et il paraissait s'être formé en deux fois, ayant commencé par le premier de ces organes et continué dans le second; les caillots étaient décolorés. Le foyer hémorrhagique le plus récent appartenait au côté droit; il était très étendu, et avait envahi la substance cérébrale voisine. Le caillot était volumineux, il remplissait le ventricule droit. Le corps strié, la couche optique et le septum lucidum, étaient déchirés. Ces parties étaient ramollies. Les artères cérébrales paraissaient malades. Les reins étaient granuleux, avec atrophie de leur substance corticale, etc. (1).

DXLII° Obs. — Femme, soixante-deux ans, aliénée. Perte subite de connaissance, hémiplégie gauche, retour incomplet de la connaissance. Légère contracture dans le bras, rigidité de l'extrémité inférieure gauche; parole inarticulée. Le troisième jour, la contracture a cessé; paralysie du mouvement dans le côté gauche, plus prononcée au bras; coma. Mort le quatrième jour. — Distension des veines par du sang noir liquide. Léger épaississement des membranes. Aspect blanc nacré de la surface cérébrale. Induration des deux substances. Dans le corps strié droit, excavation remplie par un caillot de sang du volume d'une noix, d'une consistance ferme

(1) Todd, *Clinical Lectures*. London, 1861, p. 672.

au centre et de couleur de rouille à la surface. Du sang liquide existe entre ce noyau et les parois de la cavité. Ces parois sont molles, imprégnées de sang et de couleur violette foncée. La cavité hémorrhagique contourne en arrière la couche optique, et n'est séparée du ventricule que par une lame mince. Dans la couche optique gauche, cavité enkystée, revêtue d'une membrane celluleuse, baignée de sérosité, sans induration des parois (1).

DXLIII[e] Obs. — Femme, soixante-quatorze ans, de constitution forte. Côté droit paralysé depuis plusieurs années, le membre supérieur plus que l'inférieur; intellect sain. 2 juillet, perte subite de connaissance, paralysie du bras gauche, roideur et flexion du bras droit et des deux jambes, qui résistent fortement à l'extension. Pied droit tourné en dedans; pupille droite sensible, pupille gauche insensible, parole nulle. Mort le 6. — Une once de sang dans le ventricule droit. Couche optique du même côté déchirée, remplie par un caillot; les environs ecchymosés. Dans le ventricule gauche, de la sérosité sanguinolente, et couche optique du même côté présentant une ligne dure, criant sous le scalpel, étendue d'un tiers de pouce d'arrière en avant, blanchâtre et sans organisation apparente, entourée de substance cérébrale saine. Dans le corps strié gauche, cavité remplie de sérosité limpide et incolore, à parois lisses, denses, d'un gris foncé, et tapissées par une membrane accidentelle (2).

Ces six observations présentent des altérations variées des corps striés et des couches optiques de l'un et de l'autre côtés. Ces lésions appartiennent en général à des époques diverses et correspondent à des attaques apoplectiques distinctes. Il a été quelquefois facile d'y faire l'application des données acquises sur les changements que les foyers hémorrhagiques subissent successivement.

La maladie de Dupuytren est remarquable par le peu d'étendue des phénomènes de la paralysie bornée à la face, et par l'intégrité si bien respectée des facultés intellectuelles, malgré les trois foyers apoplectiques que la nécropsie révéla dans les corps striés droit et gauche, dans la couche optique droite et dans le ventricule droit. Sans la pleurésie grave qui termina les jours de l'illustre malade, peut-être

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 293, p. 310.

(2) Cazes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 3, p. 27.

aurait-il offert les apparences d'une guérison complète. Mais il demeure fort remarquable que, tandis que les symptômes dans ce cas étaient extrêmement légers, chez les autres malades ils étaient à la fois intenses et très variés. Une paraplégie, des hémiplégies successives droites et gauches prouvaient que les deux côtés du cerveau étaient lésés, mais sans désignation directe des lieux affectés. Plusieurs fois, les deux côtés n'ont été affectés que longtemps l'un après l'autre, ce qui diminue l'intérêt qui résulte de cette étude comparative.

§ IV. — Hémorrhagies du corps strié et de la couche optique, avec rupture du foyer dans les ventricules.

DXLIV[e] Obs. — Homme, petit, maigre. Il perd subitement connaissance; yeux entr'ouverts, pupilles irrégulièrement dilatées, dirigées en haut et en dedans; bouche entr'ouverte, respiration sonore, joues soulevées par l'air expiré; insensibilité, paralysie complète des quatre membres, sens abolis, évacuations involontaires, pouls régulier, peu fréquent, peau froide. Troisième jour, paupières fermées, bouche béante, dyspnée extrême, pouls insensible, sueurs froides et visqueuses. Mort. — Ventricules remplis d'une énorme quantité de sang noir, en partie coagulé. Septum détruit. Couche optique et corps strié droits entièrement désorganisés. Cervelet, protubérance sains (¹).

DXLV[e] Obs. — Femme, trente-cinq ans, enceinte de huit mois (troisième grossesse). Par suite d'une longue marche avec un fardeau, fatigue excessive; accouchement, enfant mort; dernières douleurs accompagnées de cris; agitation, et, tout à coup, perte de connaissance, membres gauches paralysés, convulsions dans le bras droit, respiration stertoreuse, pupilles dilatées, trismus; convulsions partielles dans le bras gauche, contracture permanente à droite, un peu de sensibilité dans ces diverses parties; la main droite s'élève irrégulièrement jusqu'à la hauteur du front. Mort douze heures après l'accouchement. — Dans les ventricules latéraux, caillot noir et solide. Septum déchiré. Corps strié gauche largement excavé en avant et en dehors; aux environs de cette rupture, plusieurs petits épanchements comme miliaires. Corps strié droit et couche optique

(¹) Chevalier, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 302, p. 17.

droite présentant chacun une érosion superficielle et une sorte d'infiltration sanguine environnante. Paroi externe et inférieure du ventricule profondément déchirée. Caillot plus volumineux à droite qu'à gauche. Vaisseaux exempts d'altération. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur; tissu de cet organe d'un rouge vif [1].

DXLVI[e] Obs. — Marie Bettus, âgée de trente-huit ans, de Bordeaux, fleuriste, mariée, mère de quatre enfants, de constitution pléthorique, de tempérament lymphatique et nerveux (cheveux châtains, peau blanche, sensibilité très développée). Elle a fait une fausse couche il y a huit mois; elle est enceinte de six mois. Depuis la même époque, elle éprouve une céphalalgie habituelle et une anorexie fréquente. Il y a huit jours, on lui a pratiqué une saignée du bras; les maux de tête étaient devenus plus intenses.

Le 21 juillet 1840, vers midi, cette femme perd connaissance, vomit abondamment et tombe dans un coma profond. On la saigne deux fois. Elle est portée le lendemain à l'hôpital Saint-André. Voici son état : face colorée, déviation peu considérable des traits vers le côté droit; paralysie de tout le côté gauche du corps; sensibilité et douleurs dans le côté droit; roideur et une faible sensibilité au membre thoracique gauche; l'intellect paraît un peu rétabli. Douleur vive à la tête et vers les yeux; la malade tire difficilement la langue; ses yeux sont fermés; elle pousse des cris de douleur; pouls faible. (Vingt sangsues derrière les oreilles; sinapismes aux pieds; vésicatoires aux jambes; eau de veau.)

23. L'œil gauche est fermé; la malade ne peut ouvrir la bouche; pouls fréquent; abdomen un peu douloureux; pas de selle. (Lavement émollient; eau de veau; potion avec acétate d'ammoniaque, 4,0.)

Le soir, assoupissement; respiration stertoreuse.

24. Sommeil comateux; les yeux sont à moitié fermés. Rigidité du membre supérieur gauche; peau marbrée; pouls très fréquent. (Lavement avec sulfate de quinine, 0,80.)

Décès à une heure après midi. — (Quelques minutes après on extrait, par l'opération césarienne, un fœtus de six mois déjà mort.)

Nécropsie. — Embonpoint extraordinaire.

Les veines qui rampent sur le cerveau sont gorgées de sang. Le sinus longitudinal supérieur est vide; mais tous ceux de la base du crâne sont pleins.

La substance cérébrale est d'une consistance ordinaire, et peu injectée.

Entre le corps strié et la couche optique gauches, et la substance

[1] Schedel, dans le Mémoire de Ménière, *Archives*, 1828, t. XVI, p. 497.

cérébrale placée au côté externe de ces organes, existe une cavité s'étendant d'arrière en avant, depuis l'extrémité postérieure de la couche optique jusqu'au lobe antérieur gauche.

Le foyer apoplectique a environ trois pouces de long, un de hauteur et un de largeur au point le plus élargi. Il communique avec le ventricule correspondant et est rempli par un caillot de sang noir; les deux ventricules contiennent, en outre, de la sérosité sanguinolente.

Les autres parties du cerveau sont à l'état normal.

Poumons adhérents en quelques points, mais sains. Cœur assez volumineux. Les parois du ventricule droit sont un peu épaissies.

L'estomac présente un peu de rougeur.

Intestins sains. Foie, rate, reins sains.

DXLVII° Obs. — Homme, quarante ans, abus de vin; vertiges, apoplexie en février; paralysie des deux côtés, surtout du gauche; tremblements, mouvements des joues et de la bouche, convulsions des membres droits; aggravation des symptômes. Mort dans la nuit. — Vaisseaux méningiens injectés. Corps strié et couche optique droits contenant un foyer hémorrhagique, lequel s'était ouvert dans le ventricule voisin, et, de là, dans le gauche ([1]).

DXLVIII° Obs. — Cocher, quarante ans, sujet aux épistaxis en 1811. En janvier 1812, étant sur son siége, il se sent défaillir, et serait tombé sans un domestique qui était à côté de lui. Vomissement de matières aqueuses. Insensibilité; le pouls et la respiration continuent; perte du mouvement; impossibilité de supporter le tronc et même la tête qui retombe. (Saignée à la jugulaire et à la temporale; perte de soixante onces de sang.) Après la première saignée, le malade remue un peu les doigts et l'avant-bras; puis il ne le peut plus, et il meurt le lendemain matin à trois heures. — Pie-mère très injectée. Ventricules remplis d'une grande quantité de sang. Septum déchiré. Corps striés et couches optiques déchirés et détruits dans une grande étendue. Le sang remplit le troisième et même le quatrième ventricules. Partout il est en grumeaux, et, au-delà du quatrième ventricule, il s'était répandu sur la surface de la moelle épinière. La quantité de sang épanché est estimée huit à dix onces ([2]).

DXLIX° Obs. — Prêtre, cinquante ans, cou court, obésité. Attaque d'apoplexie; résolution du côté droit; embarras de la langue; respiration difficile, sonore; intellect affaibli. Mort le septième jour. —

([1]) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*; epist. III, n° 16.

([2]) Howship, *Pract. Obs. on Surg. and morbid Anat.* London, 1816, p. 45.

Toute la partie antérieure du corps strié gauche et la partie postérieure de la couche optique offraient une extravasation sanguine et un ramollissement pultacé. Plexus choroïde comme déchiré et enveloppé d'un caillot de sang (¹).

DLᵉ Obs. — Maréchal ferrant. Hémiplégie gauche, puis guérison complète. Mort de pneumonie. — Le ventricule latéral droit contient quelques gouttes de sang coagulé dans sa partie postérieure. Toute sa surface est jaune clair. L'arachnoïde qui tapisse ce ventricule est épaisse et résistante. Sur le corps cannelé et la couche optique se voient des inégalités. La bandelette demi-circulaire forme un cordon large de deux lignes, blanc, dur, comme squirrheux. Cette altération s'étend à trois lignes de profondeur (²).

DLIᵉ Obs. — Jean Dumaine, âgé de soixante ans, chaudronnier, d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux, fait souvent abus des liqueurs alcooliques. Le 21 novembre 1858, sans cause préalable connue, cet individu est pris le matin, au milieu de son travail, d'une violente céphalalgie avec vertiges; il perd connaissance. On le transporte immédiatement à l'hôpital Saint-André.

La face est décolorée. Les paupières, abaissées, ne se laissent que difficilement écarter; les yeux sont dirigés à droite et en haut, les pupilles contractées, les globes oculaires agités d'un léger tremblotement; le sourcil droit est plus élevé que le gauche. L'extrémité du nez est un peu déviée à droite; les lèvres sont rapprochées; la commissure droite plus élevée que la gauche; le sillon naso-labial droit plus profond que le gauche; l'aile du nez plus élevée; la joue droite plus saillante que la gauche. Le décubitus est latéral à droite, avec les membres à demi-fléchis. La peau est un peu chaude, le pouls assez fort, résistant, 78. Le malade est calme; il marmotte, et de temps à autre articule quelques paroles. Si on interroge la sensibilité en pinçant fortement la peau, on la trouve abolie dans la jambe, la cuisse et le bras gauches, le thorax et l'abdomen du même côté. Les muscles de ces membres sont fortement contractés, et l'extension du bras surtout ne s'obtient qu'avec peine. Ces membres se replacent de suite dans la demi-flexion. A droite, la sensibilité est conservée. Le malade répond avec assez d'intelligence aux questions qu'on lui adresse. Il a uriné; il a eu une selle involontaire.

22. La contracture est augmentée au côté gauche et s'est manifestée au côté droit. Les muscles de l'abdomen participent à cette

(¹) Wenzel, *De Penitiori cerebri struct.*, p. 98.

(²) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 27.

contracture. Déglutition difficile. (Saignée du bras; vésicatoires aux cuisses; six sangsues appliquées derrière les oreilles successivement.)

22. Face rouge. Le malade ne répond pas; il ne peut que difficilement avaler; la contracture persiste; pouls fréquent et faible; pas d'évacuations. (Calomel, 1 gramme; lavement avec infusion de séné et sulfate de soude, 30 gr.)

23. Pouls 140, résistant; peau chaude. Les yeux ont repris leur direction normale; la face est injectée; la contracture a diminué; l'insensibilité persiste au côté gauche.

24. Haleine très fétide.

25. Rigidité à droite, atonie à gauche; pouls très petit; haleine infecte; les paupières soulevées restent écartées; pupilles rétrécies. Mort le soir.

Nécropsie. — Le cadavre offre une teinte pâle générale, sauf les ecchymoses cadavériques du dos.

Les avant-bras sont à demi-fléchis, ils ont une rigidité très grande et ne peuvent être étendus que par une certaine force. Les jambes sont dans l'extension.

Le décollement de la peau du crâne révèle une ecchymose sur chaque bosse pariétale, formée par un sang noirâtre épanché dans le tissu cellulaire épicrânien.

Lorsque la voûte osseuse est enlevée, on découvre la dure-mère fortement injectée. Infiltration sous-arachnoïdienne d'un liquide séreux. La pie-mère est très injectée. On trouve sur la superficie du cerveau à droite une ecchymose noirâtre de trois ou quatre centimètres de largeur. En pratiquant des coupes sur les hémisphères, on tombe dans le ventricule droit, où se trouve un caillot volumineux occupant la face interne du corps strié et de la couche optique et engagé dans une cavité creusée aux dépens de ces deux organes. A la partie postérieure et inférieure de la voûte à trois piliers se trouve une déchirure. Le ventricule gauche contient surtout vers la cavité digitale, de la sérosité sanguinolente. A la superficie de la partie inférieure du cervelet, on voit encore une sorte d'ecchymose. La pulpe cérébrale est ramollie. Pas d'altération dans le mésocéphale, ni dans le bulbe, ni dans les artères de la base de l'encéphale.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Un peu de dilatation de l'artère aorte. La valvule mitrale a une consistance à peu près cartilagineuse.

L'estomac présente des arborisations çà et là; les plis de sa muqueuse sont plus saillants qu'à l'ordinaire.

Rien dans les autres organes.

DLII^{e} Obs. — Homme, soixante-trois ans, habile dessinateur,

intempérant. Deux attaques antérieures : la première, il y a cinq ans; la seconde, il y a un an. Nouvelle attaque le 20 janvier, précédée d'épistaxis. Hébétude, affaiblissement musculaire, parole difficile; pouls faible, 70, puis 90. Au bout de six heures, insensibilité; respiration lente, mais non stertoreuse; pupilles contractées et insensibles. Pas de paralysie faciale. Bras gauche roide, le droit aussi, mais à un moindre degré. Quatre heures après, respiration stertoreuse, face tirée à gauche. (Caillot d'une saignée petit et friable, sérum abondant.) Mort dix-sept heures après l'invasion. — Rigidité cadavérique. Sang noir dans les sinus latéraux et à la base du cerveau. Foyer hémorrhagique dans la couche optique et le corps strié droits, avec irruption du sang dans l'hémisphère et dans les ventricules et avec ramollissement des parois de la cavité hémorrhagique. Artères cérébrales athéromateuses, mais sans dépôt calcaire. Épaississement fibreux des valvules auriculo-ventriculaires. Hypertrophie du ventricule gauche. Artères coronaires athéromateuses. Foie atteint de cirrhose (1).

DLIIIe Obs. — Homme, soixante-quatre ans, robuste, grand, bonne santé. 1er mars, excès d'eau-de-vie, vomissements, déjections alvines. Cet individu marche jusque chez lui. Vertige, perte de connaissance, hémiplégie gauche. Le lendemain, parole libre, mais un peu lente. Mémoire conservée, bouche dirigée à droite; membres gauches immobiles, le supérieur insensible et l'inférieur sensible, avec légère flexion ou contracture. Assoupissement, respiration naturelle; pouls fort, résistant. Deuxième jour, flaccidité des membres paralysés, sensibilité générale émoussée. Troisième jour, coma; le malade peut être réveillé par une excitation forte; stertor, pupilles resserrées, pouls fréquent, salive écumeuse, pupille droite un peu dilatée. Quatrième jour, stupeur, dilatation de la pupille plus grande, râle, chaleur, sueur. Cinquième jour, insensibilité, coma, mort. — Engorgement considérable des sinus, pie-mère injectée, cerveau très ferme. Vaste foyer à la partie inférieure du corps strié et de la couche optique droits, à parois irrégulières, ramollies, pénétrées de sang. Ventricules remplis par un caillot de sang noir. A la base du ventricule latéral gauche, ramollissement blanc. Ventricule gauche du cœur légèrement hypertrophié (2).

DLIVe Obs. — Homme, soixante-cinq ans, imprimeur, robuste, avait eu une hémiplégie droite; il marche un peu. 18 juin, dans l'après-midi, apoplexie foudroyante; décubitus dorsal, respiration bruyante, stertor. (Fume la pipe.) Des matières spumeuses, blan-

(1) W. Boyd Musbet, *On Apoplexy*. London, 1866, p. 21.
(2) Carrier, Thèses de Paris, 1827, no 109, p. 12.

châtres, des aliments, sont rejetés à chaque effort expiratoire. Commissure gauche de la bouche entraînée en bas. Paupières ouvertes; immobilité, fixité des yeux; pupilles dilatées, plus la droite. Sensibilité nulle. Bras gauche roide; accès de roidissement tétanique aux deux bras simultanément, avec renversement de la tête en arrière. Hors ces accès, le bras droit est flasque; les membres inférieurs offrent une légère rigidité, le gauche plus que le droit. Peau chaude, humide; pouls fort, plein, 90-95. Les accès de rigidité tétanique augmentent, excepté pendant la saignée. Hémiplégie manifeste à droite, pupilles contractées, pas de déglutition, selles abondantes, râle très fort. Mort six heures et demie après l'invasion. — Le sang tiré de la veine n'était pas couenneux. Chaleur du corps maintenue douze heures après le décès. Légères ecchymoses sous-arachnoïdiennes sur le lobe antérieur droit et sur la face externe de l'hémisphère gauche. Rupture de la cloison des ventricules. Sérosité et quelques caillots sanguinolents dans ces cavités. Corps strié gauche et couche optique occupés par un large foyer qui s'ouvre dans le ventricule, et qui se prolonge par le pédoncule jusque dans le mésocéphale, en passant sous les tubercules quadrijumeaux. Point de traces d'ancien foyer. Pas d'ossification des artères cérébrales (1).

DLVe Obs. — Jean Barbese, de Blanquefort, âgé de soixante-six ans, jardinier, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, atteint, il y a six ans, d'une congestion cérébrale, perd connaissance dans la nuit du 19 au 20 février 1853, et on s'aperçoit qu'il est paralysé du côté gauche. Porté à l'hôpital Saint-André le lendemain, on constate qu'il a le pouls large, dur, régulier, à 72; que la face est colorée, que la commissure labiale et l'aile du nez sont plus déprimées à gauche qu'à droite. Le sujet ne donne aucun signe d'intelligence. Les deux bras sont assez roides, le gauche est totalement dépourvu de sensibilité. Les urines ont coulé involontairement. (Saignée, sinapismes aux membres inférieurs, lavement purgatif.)

21. Pas de selles, pupilles resserrées et très peu mobiles. La contracture persiste aux deux membres supérieurs; le membre inférieur gauche est toujours immobile. (Calomel, 1,0; gomme gutte, 0,05, mêlés et divisés en cinq doses, à donner de deux en deux heures; vésicatoires aux jambes, bouillon.)

22. Pas de selles; la déglutition est très difficile. (Lavement avec infusion de séné.)

23. Selles liquides abondantes, pouls 68. (Infusion d'arnica.)

Du 24 au 27, même état. Affaiblissement, râle trachéal, pouls 100. Mort le 28.

(1) Charcellay-Laplace, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XII, p. 173.

Nécropsie. — Peu d'amaigrissement, rigidité des membres. Les veines superficielles sont gorgées de sang. Le tissu sous-arachnoïdien est infiltré de sérosité. La substance blanche du cerveau est injectée et présente un léger piqueté. Le ventricule latéral gauche contient environ une once de sérosité limpide; la partie postérieure de ce ventricule, la cavité digitale, ont une ampleur très considérable; le liquide qui y est contenu offre une teinte un peu rougeâtre. En ouvrant le ventricule droit, on trouve à la surface de la couche optique un caillot large, épais et noirâtre; en l'écartant, on pénètre dans une cavité anfractueuse occupant toute la couche optique et la partie interne du corps strié. Les parois de cette caverne ne sont pas ramollies. Poumons sains, crépitants. Le cœur n'offre pas d'hypertrophie. Rien du côté des autres organes.

DLVIe Obs. — Homme, soixante-huit ans. Attaque d'apoplexie. Les quatre membres roides, tête fortement renversée sur la nuque. Bientôt après, résolution complète, puis quelques mouvements convulsifs. Mort au bout de huit heures. — Corps striés et couches optiques en partie détruits. Ventricules remplis d'une énorme quantité de sang [1].

DLVII[e] Obs. — Femme de la Salpêtrière. Perte subite de connaissance, paralysie droite, contracture et mouvements convulsifs du bras gauche; la contracture cesse et reprend; les mouvements convulsifs persistent. Mort le cinquième jour. — Hémorrhagie dans le centre de la couche optique et la partie postérieure du corps strié gauches, ayant pénétré dans le ventricule gauche et dans le ventricule moyen. Le ventricule droit contenait la partie la plus liquide du sang. La membrane ventriculaire n'offrait pas de traces d'inflammation [2].

DLVIII[e] Obs. — Vieillard. Perte entière de sensibilité et de mouvement dans tous les membres, résolution complète, face bleuâtre, pupilles insensibles, respiration ronflante; pouls plein, fréquent; extrémités froides. Mort une heure et demie après. — Large déchirure du corps strié et de la couche optique droits. Épanchement de sang dans les quatre ventricules et de plus dans la grande cavité de l'arachnoïde par une rupture située au niveau du calamus scriptorius [3].

DLIX[e] Obs. — Homme, soixante-neuf ans, forte constitution. Perte

[1] Durand-Fardel, *Archives*, 4e série, t. II, p. 304.

[2] Bosc, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 222.

[3] Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832. n° 133, p. 25, — et *Lancette*, t. VI, p. 290.

de connaissance, du mouvement, du sentiment; pouls fort, fréquent; respiration pénible. Mort quelques heures après l'invasion des symptômes. — Tous les ventricules remplis de sang, qui même a pénétré entre le cerveau et le cervelet. Corps strié et couche optique droits altérés, réduits en bouillie (1).

DLXe Obs. — Homme, soixante-dix ans, maigre, cou étroit, bonne santé. 27 mars, perte de connaissance pendant quelques minutes, hémiplégie gauche, vomissement; coucher en supination, face pâle, paupières baissées; pupilles contractées, immobiles; narine gauche affaissée, bouche tirée en haut et à droite, pointe de la langue déviée à gauche. Sensibilité obscure à gauche, puis nulle, ensuite rétablie et très vive à droite; intellect intact, parole facile. Le soir, prostration; la sensibilité et la motilité s'éteignent dans le côté droit. Bouche non tirée à droite; les deux narines affaissées; pupilles dilatées et immobiles, joues soulevées par l'air expiré, stertor, râle trachéal; pouls 60, irrégulier et énergique; aucun signe d'intelligence, vomissement, urines involontaires. Mort le lendemain de bonne heure, dix-neuf heures après l'invasion. — Vaisseaux de la tête injectés. Infiltration sous-arachnoïdienne d'un fluide sanguinolent gélatiniforme abondant. Dans les ventricules, beaucoup de sang, de caillots et de sérosité sanguinolente. Couche optique et corps striés gauches détruits, remplacés par une vaste ulcération échancrée, déchiquetée. Septum détruit. Un ramollissement d'une ligne d'épaisseur entoure ce putrilage. Pas de ramollissement dans le ventricule droit. Un caillot existe dans le pédoncule cérébral gauche et un autre dans le cervelet. Inflammation du poumon droit (2).

DLXIe Obs. — Femme, soixante-douze ans, pâle, faible, sujette aux bronchites en hiver. Jamais d'engourdissement ni de céphalalgie. Depuis trois mois, bras gauche froid. 16 juin, perte subite de connaissance, qui revient bientôt; impossibilité de répondre, douleur au sourcil et à la tempe droite; paralysie incomplète du côté gauche, ni rigidité, ni spasmes. Bouche légèrement tirée à droite; pouls dur, dépressible; radiale ossifiée. Pupilles contractées; urine abondante, albumineuse. Insensibilité lentement accrue, stertor, mouvements convulsifs. Mort au bout de cinq heures. — Dure-mère adhérente au crâne, arachnoïde opalescente, pie-mère injectée, consistance du cerveau normale. Ventricule droit complètement rempli de sang noir coagulé, provenant d'une rupture du corps strié et de la couche optique du même côté; le sang s'est répandu aussi dans

(1) Poirier de la Gilberderie, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1831, n° 58, p. 23.
(2) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 6.

le ventricule gauche, dans le moyen et dans le quatrième; il y en a aussi de coagulé à la base du cerveau. Vaisseaux très athéromateux, ventricule gauche du cœur hypertrophié, incrustation calcaire de la valvule mitrale, et légèrement des valvules aortiques (1).

DLXIIe Obs. — Homme, soixante-treize ans; il tombe en mangeant sans mouvement et sans connaissance; la bouche est déviée à droite; pupilles très dilatées, immobiles; paralysie générale du sentiment et du mouvement; vomissement, pouls un peu dur et fréquent; impulsion du cœur forte. Mort au bout de sept heures. — Sinus très engorgés. Ventricule droit plein de sérosité rougeâtre, contenant un petit caillot. Cloison rompue; sang coagulé dans le ventricule gauche. Déchirure de la couche optique et du corps strié gauches, conduisant à un ramollissement profond de la substance de l'hémisphère. Le ventricule gauche lavé, on voit sa membrane détruite, ses parois ramollies, avec un pointillé rouge vif et une teinte jaunâtre claire. Le sang s'est fait jour dans les troisième et quatrième ventricules. Les parois de ce dernier sont saines et ne présentent ni rougeur, ni coloration jaune. Protubérance presqu'entièrement détruite dans son intérieur par un ramollissement. Cœur très volumineux, hypertrophié et dilaté (2).

DLXIIIe Obs. — Femme, soixante-quatorze ans. 22 juillet, perte de connaissance, chute, hémiplégie gauche; bouche et yeux tournés à droite, langue non déviée. Inertie et sensibilité émoussée aux membres gauches; les mouvements réflexes peuvent cependant y être provoqués; légère contracture du bras gauche; intellect obtus, parole inintelligible. 25, eschare de la fesse gauche; pouls 144; température rectale montée à 39° 1/5. Mort le 30. — Foyer hémorrhagique entre le corps strié et la couche optique droits, ouvert dans le ventricule. Le caillot contenu dans le foyer présente, à l'intérieur, des petites masses cruoriques, parmi lesquelles sont de véritables anévrysmes. Ils sont formés par une membrane de tissu conjonctif, riche en noyaux et parcourue à sa surface par des capillaires. Cette membrane se continue avec la tunique adventice. On trouve dans la pyramide antérieure droite non atrophiée de nombreuses granulations graisseuses et une apparence athéromateuse très prononcée des capillaires. La jonction des couche optique et corps strié gauches présente les vestiges d'un très ancien foyer. État athéromateux des valvules du cœur et de l'aorte, et non des artères encéphaliques (3).

(1) W. Boyd Mushet, *On Apoplexy*. London, 1866, p. 28.

(2) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1838, p. 278.

(3) Bouchard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, no 328, obs. VIII.

DLXIVe Obs. — Ancien greffier, âgé de soixante-quinze ans, encore actif, pléthorique ; il s'aperçoit, un soir du mois de décembre 1850, en allant se coucher, que sa main gauche ne peut plus supporter le chandelier; il ne perd pas connaissance, et même conserve assez sa présence d'esprit pour envoyer chercher dans sa bibliothèque le volume de l'encyclopédie qui traite de la paralysie. Bientôt après, l'hémiplégie se complète, les muscles paralysés sont dans un entier relâchement, mais la sensibilité n'est que légèrement diminuée. Il n'y a pas de céphalalgie. Les mouvements du cœur sont naturels, un peu accélérés, et l'artère radiale au poignet semble épaissie. La parole est peu altérée, et l'intelligence parfaite. Au printemps de 1851, la motilité du côté gauche a fait des progrès ; le malade peut se promener. La jambe ne conserve qu'un peu d'engourdissement; le bras et la main avaient aussi recouvré leur force, seulement le deuxième et le troisième doigts étaient un peu roides et demi-fléchis, ce qui donnait de l'embarras pour se servir de la fourchette à table. Ce symptôme persista. En 1852, il survint une inflammation de la vessie avec urines purulentes, alcalines, et chargées de phosphate de chaux. Le malade devint faible, inquiet, agité, sa mémoire s'affaiblit, la marche était bientôt suivie de fatigue. A la fin de décembre 1852, il fut subitement atteint, peu de moments après s'être couché, d'une paralysie du côté droit ; il tomba promptement dans un état de coma, de stertor, et il mourut dans la nuit même. — L'hémisphère droit, y compris le corps strié et la couche optique, qui avaient été le siége probable de la première maladie, étaient sains (MM. Todd et Dixon, qui procédèrent à la nécropsie, conviennent que le lieu où elle se fit, obscur et peu commode, ne permit pas de se livrer à une recherche complète et entièrement satisfaisante). Le ventricule latéral gauche, le troisième et le quatrième ventricules, étaient pleins de sang provenant du déchirement des corps strié et couche optique gauches. De plus, la substance médullaire, à leur côté externe, était refoulée par un large caillot, et évidemment ramollie. Les artères encéphaliques étaient malades ; les parois des plus petites présentaient beaucoup de dépôts graisseux (1).

DLXVe Obs. — Femme, soixante-dix-sept ans, forte constitution. Août, attaque d'apoplexie ; deuxième jour, yeux fermés, pupilles dilatées, immobiles, respiration stertoreuse, joues distendues à chaque expiration, surdité, carus, résolution absolue, insensibilité complète, déjections involontaires ; deuxième jour, sueur froide et gluante. Mort. — Méninges injectées. Ventricules remplis d'une

(1) Todd, *Clinical Lectures*, 1861, p. 720.

grande quantité de sang noir en partie coagulé. Corps calleux et septum presque détruits. Couche optique et corps strié droits désorganisés, contenant un gros caillot. Dans l'estomac et le gros intestin, quelques plaques rougeâtres ([1]).

DLXVIe Obs. — Femme, quatre-vingts ans. Février, premier jour, attaque, chute, côté gauche paralysé, insensible, roide; la malade ne répond pas, mais elle porte la main droite à la tête; stertor, joues soulevées à chaque expiration, contracture des muscles du tronc. Deuxième jour, rigidité très grande du membre inférieur gauche, moindre au supérieur, coma, déglutition impossible, pouls naturel quant à la fréquence, mouvement automatique de la main droite, comme pour se couvrir, se moucher, etc. Troisième jour, insensibilité des deux bras, plus marquée à droite, urines involontaires. Mort. — Déchirure du corps strié et de la couche optique droits. Épanchement de sang dans l'hémisphère droit et dans le ventricule du même côté ([2]).

DLXVII[e] Obs. — Femme, quatre-vingt six ans. Apoplexie en janvier. Paralysie de tout le côté gauche. — Beaucoup de sang dans le ventricule droit, en partie coagulé. Corps calleux repoussé. Septum déchiré. Quatriéme ventricule plein de sang. Corps strié et couche optique droits presque détruits et confondus, sans ligne de démarcation ([3]).

Résumé des observations relatives aux hémorrhagies simultanées des corps striés et des couches optiques.

I. Ces observations, au nombre de quarante-huit, se partagent ainsi :

Hémorrhagies du corps strié et de la couche optique n'ayant qu'un foyer commun.......	14
Hémorrhagies simultanées du corps strié et de la couche optique ayant des foyers distincts.	6
Hémorrhagies des corps striés et des couches optiques affectant les deux côtés...........	4
Hémorrhagies des corps striés et des couches optiques, avec effusion de sang dans les ventricules..............................	24
	48

([1]) De Droullin, Thèses de Paris, 1825, n° 222, p. 24.
([2]) Quesneville, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, n° 326, p. 54.
([3]) Wenzel, *De Penitiori cerebri structurâ*, p. 97.

II. Les sujets qui ont fourni ces observations appartenaient presque également aux deux sexes; savoir : 25 hommes et 23 femmes.

III. Aucun individu n'appartenait à l'enfance.

1	avait	18 ans.
2	avaient	26 et 30 ans.
6	—	de 31 à 40 ans.
5	—	de 41 à 50 —
9	—	de 51 à 60 —
12	—	de 61 à 70 —
7	—	de 71 à 80 —
1	individu avait	86 ans.
43		

IV. Comme dans les sections précédentes, la majorité était composée d'individus d'une constitution forte; quelques-uns avec obésité et cou court; mais plusieurs étaient désignés comme ayant une prédominence nerveuse, et d'autres comme faibles et lymphatiques.

V. Les excès alcooliques ont été dénoncés sept fois.

VI. Les chagrins, les frayeurs vives l'ont été deux fois (DXXI, DXXXIII).

VII. En ce qui concerne le sexe féminin, je trouve notées une personne dont les règles manquaient à dix-huit ans (DXX); une femme idiote et muette ayant eu, au sixième mois de grossesse, de fréquentes attaques d'épilepsie (DXXXVVI); une femme, au huitième mois de grossesse, ayant éprouvé une fatigue excessive, et accouché d'un enfant mort (DXLVI); enfin, une femme ayant avorté il y avait huit mois et se trouvant encore enceinte de six mois, et atteinte d'une céphalée continuelle (DXLVII).

VIII. Trois individus étaient atteints d'aliénation mentale (DXXVI, DXXXV, DXLIII).

IX. Les phénomènes précurseurs ont été une céphalalgie habituelle ou fréquente, frontale ou pariétale, des vertiges, de la somnolence, l'engourdissement des membres des deux côtés ou d'un seul.

X. La maladie a débuté, dans quelques cas, par une ou deux attaques peu intenses.

XI. L'attaque dernière a, le plus souvent, été constituée par une perte de connaissance complète plus ou moins prolongée. C'est ce qu'on a observé dans 31 cas. Celle de Dupuytren fut légère et de courte durée (DXL). Dans plusieurs cas, il n'y a pas eu de suspension des fonctions cérébrales. Le début a été marqué par l'engourdissement des membres d'un côté (DXXII), par des paralysies partielles successives (DXXIV), par un tremblement subit (DXXVI), par la perte de la parole (DXX), par des vomissements (DXLVIII); dans un cas, il y eut faiblesse soudaine, mais graduelle, d'une main, le malade conservant sa présence d'esprit; toutefois, en peu d'instants, l'hémiplégie fut complète (DLXIV).

XII. L'intellect peut se rétablir après l'attaque et paraître intact (DXXVII, DXXVIII, DXXXI); mais souvent, il a perdu son activité; les idées sont confuses, la parole est embarrassée. Il y a eu de la céphalalgie chez six sujets, du délire dans deux cas de complication d'érysipèle de la tête (DXXII, DXXX); l'état comateux s'est montré souvent.

XIII. La perte complète de la parole a été rare, du moins chez les sujets qui avaient recouvré l'intelligence. Chez une personne que j'ai observée, l'aphasie a persisté, avec une très légère amélioration survenue après plusieurs mois (DXXVII). Dans un autre cas, où il est dit que la langue était gonflée et peu mobile, au bout de deux ans, la mobilité de cet organe et des lèvres était rétablie, mais la parole demeurait toujours inintelligible (DXXXII).

XIV. Pupilles tantôt dilatées (six fois), tantôt resserrées (neuf fois).

XV. La paralysie a été le symptôme le plus fréquent, puisqu'il s'est montré quarante-quatre fois sur quarante-huit cas, en offrant les variétés suivantes :

Il y a eu hémiplégie	gauche..	19 fois.
—	droite...	12 —

Hémiplégie successive à droite et à gauche.............	3 fois.	
Paralysie des quatre membres à la fois.................	7 —	
Paraplégie................	2 —	(DXXXIV, DXXXIX).
Légère paralysie de la bouche	1 —	(DXL).
	44 fois.	

Les quatre cas demeurés exempts de paralysie sont de ceux où la mort a été rapide, ou ceux dans lesquels le spasme a dominé.

XVI. Les faits dans lesquels les phénomènes spasmodiques ont apparu sont peu nombreux. Il s'en trouve cinq dans lesquels on a pu noter des convulsions des membres droits ou gauches, ou de la face et du cou, ou de simples secousses convulsives (DXX, DXXIII, DXLV, DXLVII, DLVII). Dans un autre cas, il y eut des mouvements désordonnés des membres, des soubresauts de tendons, des grincements de dents (DXXVII). D'autre part, il se trouve quelques cas de spasme tonique : rigidité des membres des deux côtés ou d'un seul côté, contracture spéciale et même tétanique des membres supérieurs, la tête étant fortement portée en arrière (DLI, DLII, DLIV, DLV, DLVI, DLXVI). Ainsi, c'est à peine si quelques phénomènes spasmodiques se sont montrés chez le quart des sujets qui forment cette section.

XVII. La sensibilité a paru quelquefois éteinte dès les premiers instants, et ne s'est pas réveillée lorsque la terminaison de la maladie a été rapide et fatale. Elle a été quelquefois conservée dans les parties frappées de paralysie (DXXII, DXXIV, DXXXI); plus souvent, elle a été émoussée (DXXV, DXXVI, DXXVIII, DXXX, DXXXVIII, DLI, DLIII, DLV, DLXIII). Chez des sujets que j'ai observés, la sensibilité a été d'abord émoussée, puis exaltée et pervertie. Par suite d'aberration du sentiment, les corps tièdes donnaient la sensation d'un froid glacial (DXXVII). Dans un autre cas, j'ai vu, la paralysie étant à gauche, des douleurs vives être ressenties dans le côté droit (DXLVI).

XVIII. Il est survenu, chez quelques malades, des vomissements (DXXII, DXXV, DXXVII, DXXXIX, DLX), de la dysphagie (DXXVI, DXXVII, DLI, DLIV, DLV, DLVI), des évacuations involontaires.

XIX. Le pouls a été très variable, quelquefois même lent (DLXI) et fréquent chez le même individu (DXXII). Il a paru, dans un cas, plus petit et plus faible au bras paralysé (DXXIV).

XX. La respiration a été plus ou moins altérée, fréquente, irrégulière, accompagnée de bâillements (DXXVIII), etc.

XXI. Dans un cas, le bras gauche paralysé a paru plus froid que le droit (DLXI); dans un autre, il y a eu des sueurs très abondantes (DXXI).

XXII. L'hémorrhagie du corps strié et de la couche optique a offert une gravité assez prononcée et une marche en général rapide, même lorsque les foyers sont demeurés circonscrits; mais elle s'est montrée plus promptement funeste quand le foyer s'est rompu dans les ventricules. Voici la durée présentée par les cas de la première catégorie : La mort est survenue de un à dix-sept jours dans huit cas; d'un à neuf mois en six cas. Elle n'a eu lieu, chez quatre individus, que d'un à cinq ans (DXXI, DXXXII, DXXXIV, DXXXVIII). Chez les sujets de la deuxième catégorie, la mort a eu lieu, en quelques heures, neuf fois, et du premier au huitième jour, treize fois. Deux cas de cette catégorie réclament une mention particulière. C'est d'abord celui de cet ancien greffier, qui sent par degrés son côté gauche se paralyser; puis qui, après une notable amélioration, a une paralysie droite, et ne tarde pas alors à succomber (DLXIV); ensuite celui de ce maréchal-ferrant, qui présenta des traces d'anciens foyers hémorrhagiques dans les éminences intra-ventriculaires et de lésion de l'épendyme (DL). Ces détails, mieux placés plus loin, ne sont indiqués ici que comme preuves de la possibilité d'une guérison, même dans des conditions qui ont dû être défavorables.

XXIII. Le siége de l'hémorrhagie a été, dans le corps

strié et la couche optique du côté droit, vingt-quatre fois; dans ceux du côté gauche, quinze ; et, à la fois, dans les deux côtés, neuf fois ; mais assez souvent, dans ces derniers, un côté n'a été affecté qu'un certain temps après l'autre. Les hémiplégies ont toujours été en rapport croisé avec les lésions.

XXIV. Le foyer hémorrhagique a été quelquefois placé sur la limite respective des deux éminences, empiétant un peu plus sur l'une, ou sur l'autre. D'autres fois, les foyers étaient distincts. Il y a eu tantôt infiltration sanguine, tantôt collection liquide, tantôt caillot assez volumineux. On a rencontré dans ces foyers des vaisseaux distincts (DXXXI) et des ampoules anévrysmatiques (DLXIII). Vers le commencement du deuxième mois s'est montrée la fausse membrane destinée à former l'enveloppe du sang concrété. Après un an, cette sorte de kyste ne contenait plus que de la sérosité, et servait de base à une cicatrice assez ferme.

XXV. Le foyer hémorrhagique, dans l'un des cas où l'aphasie avait été opiniâtre, s'étendait jusqu'à l'insula de Reil gauche, mais n'atteignait point les circonvolutions qui s'en rapprochent (DXXXII).

XXVI. Lorsque les ventricules ont reçu le sang provenant du corps strié et de la couche optique, ils se sont dilatés avec plus ou moins de rapidité ; le septum a été rompu souvent, et le corps calleux quelquefois déchiré ; le sang a fusé dans l'aqueduc de Sylvius, il a pu parvenir dans le ventricule du cervelet, et dans un cas, par une rupture du calamus scriptorius, se répandre dans la cavité de l'arachnoïde (DLVIII).

XXVII. Après un temps plus ou moins long, l'épendyme a été trouvé épais et résistant, le corps strié et la couche optique parsemés d'inégalités, la bandelette demi-circulaire, large et dense (DL).

XXVIII. La substance cérébrale voisine des épanchements a été souvent ramollie. Dans six cas, il y avait dans les ventricules latéraux une assez grande quantité de séro-

sité sans épanchement de sang. J'ai vu du liquide séreux entre les deux lames du septum (DXXVII).

XXIX. Les artères encéphaliques ont été trouvées, chez quelques sujets, athéromateuses (DXXIX, DXXXII, DLXI), ossifiées (DXXXVIII). Le cœur était hypertrophié chez neuf individus; dans quelques cas, avec incrustation cartilagineuse ou calcaire des valvules, ou de l'aorte.

SÉRIES SUPPLÉMENTAIRES. — *Coïncidences de diverses hémorrhagies avec celles des corps striés et des couches optiques.*

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des méninges, des lobes cérébraux, des corps striés et des couches optiques.*

DLXVIII° OBS. — Boudon (Augustin), âgé de dix-huit ans, né à Agen, domicilié à Cadillac depuis quinze jours, entre à l'hôpital Saint-André (service de la clinique interne) le 31 janvier 1862. Ce jeune homme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, n'a jamais été malade. Il ne tient de ses parents aucun principe morbifique héréditaire; il vit dans des conditions de salubrité convenables, et n'a jamais fait aucune espèce d'excès.

Dans ces derniers temps seulement, Boudon a éprouvé de violents chagrins. Forcé de quitter la maison paternelle, il y a une quinzaine de jours, pour éviter les mauvais traitements qu'il subissait de la part d'une marâtre, une grande tristesse s'empara de lui. Sa santé devint chancelante; il n'avait plus le goût du travail; il avait de l'anorexie, une insomnie habituelle, des maux de tête fréquents. Il ne rompit cependant pas avec ses occupations habituelles; mais le 28 janvier, pendant qu'il travaillait, il fut pris brusquement de vertiges, et tomba. Il ne perdit pas connaissance, n'eut pas d'écume à la bouche, n'eut ni convulsions, ni éblouissements, ni tintements d'oreilles, mais on fut obligé de le transporter sur un lit; il était tellement faible que ses jambes se refusaient à le soutenir. A peine couché, il fut pris de sueurs abondantes qui durèrent près de trois heures. Des nausées et des vomissements bilieux leur succédèrent, la céphalalgie devint très intense. Ces divers symptômes persistèrent jusqu'au 31 janvier, jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

On constate l'état suivant : décubitus dorsal, léger assoupissement. Le malade répond lentement et comme avec répugnance aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est régulier, un peu plein, non fréquent, 60-65. Il existe dans la tête un sentiment de pesanteur

profonde; elle ne peut être tenue abaissée sans qu'il y ait aussitôt menace de nouveaux vertiges. La face est pâle, amaigrie; les yeux sont saillants, douloureux, sans injection; le regard est hébété. Anorexie, pas de soif, langue naturelle, pas d'amertume à la bouche. Le ventre est souple et indolent, les selles sont normales. Les nausées et les vomissements ont disparu depuis ce matin.

1er février. La nuit a été très agitée. Ce matin, le pouls est plein, mais lent, 52. Le sentiment de lourdeur qui existait dans la tête s'est transformé en une céphalalgie qui a son maximum d'intensité aux régions frontale et sus-orbitaires. L'état général est le même qu'hier. (Saignée du bras de 300 grammes, sinapismes aux membres inférieurs, bouillon.)

2. Pas de changement.

3. La nuit a été plus calme; la céphalalgie est moins intense, mais l'assoupissement persiste, et le pouls devient plus petit et plus lent, 45. (Tisane; infusion de valériane, 100 gr.; soupe.)

4. L'état du malade s'améliore; mais l'ennui le gagne. Il exige son exeat le 12 février, bien qu'il éprouve encore un sentiment de gêne marqué dans la tête et une faiblesse générale assez prononcée; sa face est toujours pâle, son regard hébété; il a de l'inappétence, et un fonds de tristesse qui le tient éloigné des autres malades.

12. Boudon était au moment de quitter l'hôpital vers dix heures du matin, lorsqu'il tombe brusquement, sans pousser aucun cri. On le place aussitôt sur son lit, et on peut constater qu'il y a perte complète de la sensibilité et de l'intelligence. Les muscles des membres sont dans un état de roideur; le pouce est fléchi dans la paume de la main; la respiration est presque suspendue, le pouls est faible et petit. Il s'écoule par la bouche des jets de mucosités sanguinolentes, les veines du cou sont tuméfiées, la face est congestionnée. Bientôt les mouvements respiratoires recommencent, la rougeur de la face diminue; le malade agite le membre supérieur droit et fait des efforts pour parler, mais ne peut parvenir à articuler aucun son. On s'aperçoit alors qu'il y a une hémiplégie du côté gauche. La bouche n'est pas déviée. (Quatre sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux membres inférieurs.)

Soir, trois heures. Le coma persiste, le mouvement et la sensibilité sont abolis dans tout le côté gauche; les mâchoires sont fortement resserrées; il est impossible au malade de rien avaler.

13. La connaissance est un peu revenue; le malade comprend toutes les questions qu'on lui adresse, et répond assez juste par *oui* et par *non*. Le pouls est calme. Céphalalgie très intense, surtout du côté droit; difficulté moins grande de la déglutition. (Sinapismes aux membres inférieurs.)

14. Dans la soirée d'hier, le visage a été le siége de fréquentes alternatives de coloration et de pâleur; il y a eu un peu d'agitation. Aujourd'hui, le coma est profond; le malade ne répond plus aux questions. Cependant l'ouïe est conservée, car il tire la langue quand on le lui demande, mais il l'oublie hors de la bouche. L'hémiplégie persiste, l'excrétion des urines est involontaire; constipation. (Un vésicatoire à la nuque, deux vésicatoires aux jambes; potion avec musc, 0,30; bouillon.)

15. Le pouls est toujours fort, large et plus fréquent, 90; la peau est chaude, les conjonctives sont injectées et la face est congestionnée; les urines coulent toujours involontairement et la constipation persiste. (Calomel, 1,00, avec scammonée, 0,15; large vésicatoire sur la tête.)

16. Le pouls est à 96, les pupilles sont dilatées et immobiles, les paupières à demi fermées; il s'écoule par l'angle interne un liquide séro-purulent assez abondant. Strabisme convergent de l'œil droit, affaiblissement de la vue. On est obligé de fixer le membre supérieur droit, parce que le malade le porte constamment à sa tête pour tâcher d'enlever le vésicatoire qui recouvre le cuir chevelu. La déglutition est toujours difficile, les mâchoires restent resserrées, le malade ne prend qu'une très petite quantité de biscuit trempé dans du vin; il ne peut plus tirer la langue; le ventre se rétracte; il y a eu deux selles involontaires. (Potion avec musc, 0,30.)

17. Le pouls est plus petit et plus fréquent, 105; la déglutition est un peu moins difficile, mais le coma persiste. Excrétions toujours involontaires. La peau devient rouge à la région sacrée. (Infusion de valériane, 100,00; sirop d'éther, 20,00. On saupoudre le lit avec du tannate de plomb. Bouillon.)

A partir de ce moment, l'état s'aggrave, la fièvre persiste; le pouls se maintient toujours à 95-105. La déglutition devient de plus en plus difficile, le coma plus profond. Les mouvements désordonnés du membre supérieur droit disparaissent. Le malade ne prononce plus une seule parole. Les urines coulent toujours involontairement, le ventre s'est fortement rétracté. A la constipation succède une diarrhée séreuse abondante; l'amaigrissement fait de très notables progrès; une eschare se forme dans la région sacrée et va toujours en s'agrandissant; le malade expire le 25 février, après une lente agonie.

Nécropsie. — L'eschare de la région sacrée a laissé à sa place un large ulcère, au fond duquel on aperçoit le sacrum rugueux et dépouillé de son périoste. Les muscles sont grêles, la maigreur considérable.

Hypérémie manifeste des méninges. Les veines de la dure-mère

et les sinus sont gorgés d'un sang noir. Toute la portion de la dure-mère qui recouvre les deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit est d'un bleu violacé extrêmement marqué. En l'incisant, on trouve un caillot aplati, assez dur, s'étendant sur toute la surface de l'arachnoïde viscérale correspondante; il pèse 30 grammes. La face interne de la portion de dure-mère qui le recouvre est lisse, et on n'y voit aucune trace de fausse membrane.

Le cerveau présente une disproportion manifeste entre les deux hémisphères, le droit étant sensiblement plus volumineux que le gauche, surtout au niveau de sa corne frontale, qui paraît ramollie et cède à une faible pression. Le doigt pénètre à un centimètre environ de profondeur, et par cette ouverture il s'écoule un liquide jaunâtre assez épais, ayant tout à fait l'aspect du pus mal lié. On incise alors avec précaution l'hémisphère droit en allant de haut en bas, et on tombe dans un vaste foyer contenant un liquide en tout semblable à celui qui s'est échappé par l'ouverture de la corne frontale. La substance cérébrale qui en forme les parois est réduite en une masse pulpeuse, grisâtre, diffluente. Cette altération s'étend jusqu'à un centimètre et demi des circonvolutions de la convexité. Au centre du foyer proémine un corps solide, noirâtre. En le divisant, on reconnaît qu'il est formé par un gros caillot sanguin, assez mou, s'enfonçant profondément dans la substance cérébrale, atteignant presque, par sa partie inférieure, les circonvolutions de la base, et mesurant 6 centimètres de hauteur. En prenant quelques précautions, on peut l'enlever en entier; il pèse 185 grammes. Il n'existe pas de trace du corps strié droit. La couche optique paraît saine à l'extérieur; mais en l'incisant suivant son plus grand diamètre, on la trouve bordée à son extrémité antérieure par une substance gélatiniforme ayant une épaisseur de 2 millimètres environ. Le reste du ventricule latéral est sain. Un peu de sérosité sanguinolente se trouve dans la corne occipitale. Le trigone cérébral, le septum lucidum, sont très ramollis et se déchirent avec la plus grande facilité. L'hémisphère gauche est sain; les coupes faites dans plusieurs sens ne laissent pas même apercevoir de piqueté.

L'examen le plus minutieux du mésocéphale, du bulbe et du cervelet, ne permet de rien constater. Les viscères thoraciques sont sains, les voies digestives à l'état normal. On ne peut signaler qu'une injection assez vive de quelques anses intestinales et de plusieurs points du colon.

DLXIXe Obs. — Homme, quarante-huit ans, atteint il y a cinq ans d'apoplexie, hémiplégie droite; d'ailleurs robuste et bien portant. En février, perte subite et complète de connaissance, résolution des membres, puis agitation convulsive, surtout des bras, râle entendu

à distance. Pâleur, occlusion des paupières, large et inégale dilatation des pupilles, encore sensibles. Membres supérieurs légèrement contracturés, éprouvant, ainsi que les globes oculaires, des secousses convulsives, tandis que les membres inférieurs sont dans la résolution. Sensibilité abolie à gauche, persistant à droite; le malade fume la pipe. Coma profond, vomissement. Mort le deuxième jour. — Infiltration sanguine de la pie-mère à la partie postérieure de la face inférieure du cerveau et à la face supérieure du cervelet. Foyer hémorrhagique dans la couche optique droite, avec infiltration du corps strié voisin et irruption du sang dans les ventricules latéral droit et moyen, et en suivant l'aqueduc de Sylvius dans le quatrième ventricule. Ancien foyer répondant au ventricule gauche, d'aspect fibrineux et de couleur jaune, formant une caverne anfractueuse qui se prolonge dans l'épaisseur du lobe frontal (1).

DLXX^e Obs. — Pierre Lussac, âgé de cinquante-deux ans, de Lesparre, jardinier, d'une constitution forte, sujet aux fièvres intermittentes, était entré en décembre 1850 dans le service de la clinique interne de l'hôpital Saint-André pour une hypertrophie considérable de la rate. Cet organe avait subi une diminution notable de son volume au bout de quelques semaines. Mais au moment où le malade allait sortir surviennent des symptômes de bronchite, puis d'irritation intestinale. Un œdème se manifeste aux membres inférieurs; le ventre se développe; un ascite se prononce. En outre, la diarrhée a lieu.

Tel était l'état du malade lorsque, le 30 janvier 1851, le matin de bonne heure, il est frappé tout à coup de perte absolue des sens et de la parole, immédiatement suivie de la perte du mouvement et de la sensibilité dans tout le côté droit du corps. Pupilles très resserrées et immobiles. Pouls plein. 76. Ventre tendu. (Saignée du bras; vésicatoires aux jambes.) Le soir, râle trachéal, abolition complète de la sensibilité. 31, coma profond, stertor, pupille droite très resserrée, pupille gauche un peu dilatée; évacuation involontaire de l'urine. Mort vers deux heures de l'après-midi (trente-cinq heures après l'invasion).

Nécropsie. — Sous les méninges qui recouvrent l'hémisphère gauche du cerveau se trouve une couche de sang coagulé et noirâtre. Cette couche a à peu près une ligne d'épaisseur. Elle se trouve dans la pie-mère et recouvre les circonvolutions, dont la surface ne présente aucune altération. Le ventricule latéral droit est rempli de caillots de sang noirâtre volumineux. Le corps strié et la couche optique du même côté sont largement déchirés, et eux-mêmes

(1) Hillairet, *Archives*, 1858, 5e série, t. XI, p. 386.

imprégnés de sang. Rien d'anormal dans le ventricule gauche ni dans les diverses parties de l'encéphale, ni dans les organes thoraciques. Épanchement séreux considérable dans l'abdomen. Rate volumineuse ayant vingt-deux centimètres de long, sans altération notable de sa texture. Muqueuse gastro-intestinale à peu près saine; seulement, à la fin de l'iléon et dans le colon, rougeur et arborisations vasculaires. Foie et reins exempts d'altération.

DLXXI^e Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, ivrogne; excès d'eau-de-vie. En juin, perte subite de connaissance, face un peu colorée, yeux saillants, bouche déviée à gauche, paralysie du bras droit sans roideur, un peu de roideur des fléchisseurs et paralysie de la jambe droite, pouls normal. Le malade comprend, mais ne peut tirer la langue; sensibilité cutanée obtuse. Deuxième jour, un peu mieux; quelques mots sont prononcés; sensibilité moins obtuse. A dix heures du soir, face rouge, yeux saillants, stertor, tremblement convulsif général, sueurs, insensibilité. Mort quatre heures après. — Épanchement très superficiel de sang noir occupant toute l'étendue de l'hémisphère droit, le cervelet et le commencement de la moelle épinière; c'est une infiltration de sang entre l'arachnoïde et la pie-mère, jusque dans les anfractuosités. Méninges de l'hémisphère gauche saines; mais, dans les lobes antérieur et moyen, vaste caverne (volume d'un œuf de dinde), bornée en dedans et en arrière par la corne d'Ammon, entourée de substance médullaire ramollie et parsemée de petits épanchements gros comme des têtes d'épingles. Couche optique et corps strié gauches désorganisés à leur côté externe. Cœur volumineux. Estomac présentant de l'injection et comme des végétures. (Vitry croit que l'infiltration méningienne droite provient d'une infiltration du foyer hémorrhagique droit.) [1].

DLXXII^e Obs. — Homme de peine, cinquante-sept ans, tempérament sanguin, constitution forte, cou court et gros, ivrogne. En décembre, récente ivresse qui dure trois jours, après laquelle, pour la première fois, perte de connaissance, immobilité, perte de la parole, hémiplégie droite; les membres gauches, quoiqu'immobiles, sont sensibles, et, si on les pince, le malade fait quelques efforts pour les ramener à la demi-flexion. Respiration stertoreuse, profonde, accélérée; pouls fort, plein, vite, battements du cœur énergiques, face injectée, cou gonflé, légère sueur, paupières demi-closes, yeux fixes, bouche fermée, joues légèrement soulevées à chaque expiration. Pas d'amélioration; immobilité, déglutition impossible, coma. Mort le troisième jour. — Sang infiltré et coagulé

[1] Vitry, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1823, p. 45.

sous l'arachnoïde, autour des deux hémisphères cérébraux, du mésocéphale, et entre les deux lobes du cervelet. Dans le lobe cérébral antérieur gauche, en dehors du corps strié, foyer sanguin du volume d'un œuf de poule, contenant du sang liquide et noir et des caillots fibrineux intercalés de substance cérébrale. Autour du foyer, une multitude de petits points noirs, formés par du sang coagulé à l'extrémité des rameaux vasculaires rompus. Substance cérébrale en cet endroit rosée, ramollie, diffluente, recouvrant une autre couche plus épaisse et de consistance naturelle, mais jaunâtre, et parcourue par des stries sanguines. Une multitude d'autres foyers plus petits sont creusés dans les environs et communiquent avec le foyer principal, qui s'est rompu dans le ventricule, au-dessus et au niveau du corps strié, lequel était lui-même déchiré supérieurement et en dehors. Septum lucidum rompu. Voûte à trois piliers soulevée. Les trois autres ventricules remplis de sang liquide. En divers points, des traces d'ecchymose ou d'effort hémorrhagique avorté, et de petits épanchements sanguins. Cœur volumineux, d'une épaisseur double de l'état normal. Poumons amples et sains. Muqueuse gastrique rouge épaisse, comme granuleuse, ses vaisseaux très injectés. Foie volumineux, rougeâtre. Muqueuse de l'iléon rouge, injectée [1].

DEUXIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies de la substance corticale du cerveau et de la couche optique.*

DLXXIIIe OBS. — Femme, soixante-seize ans, paralysée depuis dix ans, immobile depuis quatre. Hémiplégie droite avec contracture; extension du membre supérieur, flexion des doigts et supination de l'avant-bras. — Rigidité cadavérique commencée cinq heures après la mort du côté gauche, et presque nulle à droite. Pyramide antérieure gauche atrophiée, présentant une bandelette grise qui se termine en pointe au niveau de l'entrecroisement. Vaste foyer hémorrhagique cicatrisé dans la couche optique gauche. Divers petits foyers hémorrhagiques remplacés par des cicatrices dures et ocrées. A la surface des circonvolutions et dans la substance grise, nombreuses petites taches violacées, noirâtres ou jaune ocrées, globuleuses, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet; ce sont des anévrysmes développés sur de très petites artères. On s'en assure par la dissection et par l'examen microscopique. Ils sont constitués par une membrane d'enveloppe du tissu conjonctif, riche en noyaux, se continuant avec la membrane adventice de l'artère. On trouve dans l'épaisseur de cette membrane et en dehors d'elle

[1] Richarme, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1825, n° 157, p. 8.

de nombreuses granulations d'hématoïdine et quelques granulations graisseuses. Il s'en trouve aussi en grande quantité dans les artères sur lesquelles se sont développés ces anévrysmes; mais leurs parois, très épaisses, ne présentent pas de fibres circulaires. En général, les petits vaisseaux de l'encéphale sont plus ou moins dilatés, chargés de noyaux, de granulations d'hématoïdine et de granulations graisseuses. Les fibres circulaires y sont rares. Nerfs du côté paralysé hypertrophiés, hypérémiés et légèrement grisâtres. Muscles du même côté ayant une couleur feuille morte. Les fibres ont perdu l'aspect strié, sont séparées par des vésicules et des granulations adipeuses. Les cartilages de l'articulation tibio-fémorale sont ramollis et recouverts par une membrane fibreuse continue avec le périoste. Cœur petit. Parois du ventricule gauche couleur feuille morte. Sommet du poumon gauche tuberculeux (1).

Troisième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux et des corps striés.*

DLXXIVe Obs. — Femme, trente ans. Hémiplégie droite qui n'affecte pas les muscles de la face; articulation des sons et association des mots très imparfaites et non en rapport avec les idées à exprimer; dyspepsie, douleurs à l'occiput, surdité et sifflement dans les oreilles. Mémoire affaiblie, sensation particulière d'engourdissement et de défaillance, tendance au refroidissement des mains, surtout de la droite.

En juin 1836, nouvelle attaque, coma pendant quarante-huit heures, yeux fixes, respiration stertoreuse, vomissements fréquents de matière bilieuse; la connaissance revient; côté droit paralysé, mémoire affaiblie; pouvoir d'articuler les mots à peu près détruit, seulement possibilité de dire *yes, no;* puis un mot est substitué à un autre; toutefois, cette femme reconnaît les aberrations de sa parole. Amélioration par l'emploi de l'électricité.

Le 24 octobre, comme dans les attaques précédentes, phénomènes précurseurs. La malade éprouve des sensations pénibles, de la sécheresse à la gorge, et, pendant qu'elle marchait, elle tombe sans connaissance, frappant sa tête violemment contre un lit de fer. En se relevant, elle dit, d'une voix faible, qu'elle ne s'était pas fait de mal; mais, bientôt après, coma sans déviation de la face, pupille gauche contractée, la droite dilatée et insensible, respiration stertoreuse, pouls lent et faible, rétention d'urine. Mort trois heures après cette attaque.

(1) Bouchard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, no 238, p. 70.

Circonvolutions comme comprimées. Dans l'hémisphère droit, matière cérébrale largement ramollie et formant une vaste cavité à parois jaunâtres. Corps strié gauche formant dans toute son étendue, surtout en arrière, un kyste fibrineux mince qui contenait un caillot brun jaunâtre et qui avait éclaté dans le ventricule latéral voisin et dans les autres. Le septum est détruit. Dans l'hémisphère gauche se trouve un caillot de la grosseur d'une noix et de la couleur d'une gelée de groseille noirâtre. Du sang est répandu sur le cervelet et forme comme une ecchymose sous l'arachnoïde. Artères un peu épaissies, parsemées de matière athéromateuse, et tendance évidente à l'ossification. Artères vertébrales dilatées. Poumons œdémateux. Hypertrophie du ventricule gauche. Valvules mitrale et aortiques légèrement épaissies ([1]).

DLXXV[e] Obs. — Femme, quarante-quatre ans, robuste, athlétique, a eu quatre attaques d'apoplexie; la dernière en février. Les rapports présumés des symptômes et des lésions sont les suivants : première attaque, hémiplégie droite; petite cavité contenant quelques gouttes de sérosité limpide dans le corps strié gauche. Deuxième attaque, hémiplégie gauche; près de la surface supérieure de l'hémisphère droit, petite cavité remplie par un mince caillot fibrineux. Troisième attaque, remontant à quatre mois, hémiplégie droite; caverne dans le lobe postérieur gauche; petit caillot jaune rouge consistant, entouré de sérosité. Quatrième attaque, hémiplégie droite; sensibilité obtuse, perte de connaissance, bouche déviée, pupilles dilatées, dysphagie, délire. Mort le sixième jour. — Épanchement sanguin considérable dans le centre de l'hémisphère gauche. Substance cérébrale désorganisée autour du foyer. Perforation et communication avec le ventricule gauche devant l'ergot de Morand ([2]).

DLXXVI[e] Obs. — Homme, quarante-cinq ans, aliéné; quelquefois agitation furieuse, cris, violences, etc. Quelques mois avant la mort, congestions cérébrales, perte momentanée de connaissance; affaiblissement intellectuel, station et marche difficiles; évacuations involontaires, parole embarrassée. Mort subite. — Artères encéphaliques parsemées de plaques cartilagineuses. Substance cérébrale indurée. Dans l'hémisphère droit, cinq cavités tapissées d'une membrane celluleuse, remplies de sérosité rousse et pouvant loger un pois. Corps strié droit criblé de cavités analogues plus petites. Dans la substance blanche de l'hémisphère gauche, plusieurs cavités

([1]) Bright, *Guy's hospital Reports*, 1re série, 1837, t. II. p 302.
([2]) Moulin, *Traité de l'Apoplexie*, 1819, p. 68.

enkystées et pleines de sérosité. Corps strié gauche creusé d'une cavité enkystée assez large pour loger une noix, tapissée par du tissu cellulaire, traversée par des brides, remplie de sérosité roussâtre, et ayant des parois molles et floconneuses dans une partie, lisses et fermes dans une autre ([1]).

DLXXVII[e] Obs. — Un maître d'école, âgé de soixante-quatre ans, atteint d'anévrysme actif du cœur, avait eu une apoplexie et conservé, pendant quelque temps, une faiblesse des membres droits; il est frappé, sept ans après, d'hémiplégie gauche en urinant. Il meurt le neuvième jour. — Épanchement de sang considérable dans l'hémisphère droit avec irruption dans le ventricule. Le corps strié gauche présente une petite cavité contenant quelques gouttes de sérosité et tapissée par une membrane jaunâtre, que des vaisseaux assez longs et injectés de sang vermeil parcouraient en suivant diverses directions ([2]).

DLXXVIII[e] Obs. — Femme, soixante-cinq ans, aliénation mentale. Première congestion cérébrale; la parole reste embarrassée, la marche pénible et vacillante. Trois mois après, deuxième congestion; perte de connaissance, de la parole, dyspnée; retour de la connaissance, embarras de la parole, membres gauches affaiblis, surtout le bras. — Plusieurs petits kystes dans la substance blanche de l'hémisphère droit; un kyste sur le corps strié droit, un autre volumineux au côté externe du corps strié gauche; celui-ci est revêtu d'une membrane couleur de rouille organisée et vasculaire. Induration de la substance cérébrale voisine ([3]).

DLXXIX[e] Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans. En 1832, paralysie du bras gauche; puis le mouvement est revenu, et la malade paraissait assez bien. Le 21 avril 1834, tout à coup, hémiplégie droite, chute sans perte de connaissance, intellect conservé, mais un peu obtus, parole mal articulée; bouche déviée à gauche, langue libre, paupières et pupilles en état normal, déglutition facile, respiration naturelle, perte du mouvement dans tout le côté droit; point de contracture, sensibilité conservée à la face, au bras, à la cuisse et à la jambe; pouls fort, plein, régulier. (Saignée; sang normal.) Deuxième jour, un peu de roideur du membre inférieur droit. (Tartre stibié et sulfate de soude.) Vomissements répétés. Troisième jour, la contracture du membre inférieur a disparu. (Deuxième

([1]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 300, p. 318.

([2]) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie, etc.* Paris, 1814, p. 1. — Ce fut cette observation qui éveilla l'attention de Riobé et provoqua ses recherches.

([3]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 299, p. 317.

saignée; légère couenne.) Sixième jour, parole très embarrassée, bâillements fréquents, bouche fortement déviée à gauche. Neuvième jour, agitation, yeux fermés, intellect conservé, toux, crachats muqueux. Onzième jour, assoupissement, sensibilité des deux côtés, faiblesse du pouls. Mort le quatorzième jour. — Dans le lobe postérieur droit, au niveau des circonvolutions formées par la substance grise, on trouve un ancien foyer hémorrhagique de deux ou trois lignes d'étendue. Aux environs, la substance du cerveau est saine, jaunâtre, et sans adhérence avec les méninges. Le foyer est tapissé par une membrane lisse, transparente, et traversée par des brides celluleuses; en pressant, on fait sortir un liquide blanchâtre. Au milieu du corps strié droit, plusieurs petits points durs, jaunâtres, de la grosseur de têtes d'épingles. Malgré l'examen le plus sévère, on ne trouve aucune lésion appréciable dans l'hémisphère gauche, la protubérance, le cervelet, la moelle et ses enveloppes. Poumons rougeâtres, friables, contenant beaucoup de sérosité sanguinolente. Muqueuse des bronches très rouge; celle des voies digestives dans un état normal (1).

CINQUIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux et des couches optiques.*

DLXXXe OBS. — Jean Courrech, âgé de cinquante ans, domicilié à Gage (Gironde), vigneron, d'une stature élevée, n'ayant pas le cou court, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était, depuis longtemps, atteint d'une céphalée qui occupait surtout la tempe gauche.

Le 26 octobre 1840, ce malade est pris tout à coup de vertiges tellement forts, qu'il est obligé d'appeler un médecin. Celui-ci lui pratique une saignée du bras, qui amène une amélioration notable. Le lendemain, le malade rouvre lui-même la piqûre de la saignée, et laisse écouler une quantité assez grande de sang; puis il fait un repas copieux, et se met à fouler la vendange. Bientôt se manifestent des accidents cérébraux redoutables : coma profond, pouls déprimé et lent, pupilles dilatées, insensibilité complète, pâleur de la face. Deux applications de sangsues, des vésicatoires aux jambes, des sinapismes, ont rappelé la sensibilité; le malade se réveille, mais il y a perte de l'intelligence, de la parole, somnolence. La répétition de ces moyens, plus l'usage des purgatifs et une potion excitante, ont dissipé le coma. Mais l'intelligence est encore très

(1) Renaud (observation recueillie sous les yeux de M. Cruveilhier, à la Salpêtrière), Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1836, no 102, p. 5.

obtuse, pas de mémoire, pas d'expression; hémiplégie du côté droit, évacuations alvines involontaires; incontinence d'urine. Cet état a persisté jusqu'au 1er avril 1841, jour de l'entrée du malade à l'hôpital Saint-André. Voici son état : Face assez colorée. Température de la peau et pouls presque naturels. Déviation de tous les traits du visage, entraînés à gauche. Le sujet est incapable de donner le moindre détail sur les antécédents de sa maladie. Perte complète de la mémoire et du jugement. Il ne prononce que quelques paroles incohérentes, et ne paraît nullement souffrir. Les évacuations sont involontaires. Le côté droit du tronc, ainsi que les deux membres droits, sont immobiles et insensibles. Les muscles sont dans le relâchement. (Infusion de quinquina, bouillon, soupes.) 2, pupille droite dilatée; la gauche est resserrée. Écume à la bouche, respiration stertoreuse, pouls faible. (Larges vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds, infusion d'arnica.) 3, le malade a poussé des cris; il essayait de se lever; son agitation a duré quelques heures; puis il est tombé dans un coma profond. Mort à trois heures et demie.

Nécropsie. — Roideur cadavérique assez grande. Pâleur générale. Écume à la bouche, qui est encore déviée du côté gauche.

Dure-mère un peu rougeâtre à cause de l'engorgement des vaisseaux, qui rampent sur sa face externe. Face interne de cette membrane blanche, lisse, polie, sèche. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est également remarquable par sa sécheresse; il n'y a pas d'infiltration sous-arachnoïdienne. Les circonvolutions semblent être un peu aplaties. La substance cérébrale est dense et peu injectée. Après avoir enlevé quelques couches de la partie supérieure des hémisphères, on remarque une fluctuation manifeste répondant aux ventricules, et surtout au droit, lequel est largement dilaté. Il s'en écoule environ une once de sérosité. Le gauche est plus étroit, et semble refoulé de dehors en dedans; il ne s'en écoule que demi-once de sérosité. Le lobe moyen gauche est changé en une excavation ellipsoïde, de dix centimètres de long sur quatre de largeur et de hauteur; ses parois, du côté interne, n'ont qu'un centimètre; elles la séparent du ventricule, avec lequel le foyer hémorrhagique n'a aucune communication. Autour de celui-ci, existe un ramollissement qui rend très manifeste la fermeté du reste de la substance cérébrale. La surface interne du foyer est tapissée par une couche membraneuse assez dense, d'aspect fibrineux, de trois millimètres d'épaisseur, parcourue par un grand nombre de vaisseaux qui lui donnent en quelques points une teinte un peu violacée. La cavité est remplie par un liquide visqueux, jaunâtre, assez limpide, ayant quelque ressemblance avec la synovie.

Dans la couche optique du même côté, existe, au centre, un noyau de deux centimètres de diamètre dans tous les sens, rempli de petits caillots noirâtres, très rapprochés les uns des autres. La substance cérébrale voisine est à l'état normal. Rien à noter dans le reste de l'encéphale.

Poumons sains.

Cœur affecté d'hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

Foie sain, ainsi que la rate.

Estomac contenant des débris d'aliments, d'une couleur pâle. Gros intestin plein de matières fécales.

DLXXXI[e] Obs. — Homme, cinquante-huit ans. 17 février, attaque d'apoplexie. Mort le 10 mars. — Plusieurs épanchements sanguins dans l'hémisphère gauche. Un foyer occupe le centre de la couche optique, et par une déchirure communique avec le ventricule latéral. Une couche membraniforme, peu épaisse et jaunâtre, entoure le caillot (1).

DLXXXII[e] Obs. — Homme, soixante-six ans. Il y a deux ans, attaque d'apoplexie, paralysie du côté gauche. Depuis, aliénation mentale. Paralysie et contracture du bras gauche, motilité de la jambe, sensibilité de la peau diminuée à la face, au bras et au membre inférieur. Pupille gauche dilatée. Douleur à l'occiput. Évacuations involontaires. Affaiblissement général. Loquacité. Abattement, dyspnée, coma. Mort. — Ramollissement du lobe antérieur droit, avec ponctuations inégales d'un rouge foncé, disposées en groupes et paraissant être de petits épanchements de sang (apoplexie capillaire). Dans le lobe postérieur droit, kyste apoplectique du volume d'une noisette, à parois loculaires, revêtu d'une membrane, et contenant de la sérosité. Ventricule latéral droit dilaté et à parois consistantes. Couche optique droite de couleur jaune-rouille, avec dépression, indiquant la présence d'un kyste à loges, rempli de sérosité jaunâtre et tapissé d'une membrane lisse. Couche optique gauche atrophiée, contenant un petit kyste apoplectique. Artères de la base encroutées de plaques jaunes (2).

DLXXXIII[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans, aliénée depuis onze ans. Mouvements convulsifs dans le membre supérieur droit. Il y a trois mois, accès de manie qui dure quinze jours; puis stupeur et imbécillité. Dix-sept jours avant la mort, agitation, langue embarrassée, jambes affaiblies. Vociférations, loquacité, rougeur de la

(1) Riobé, *Observations propres à résoudre cette question : L'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1814, p. 10.

(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 318, p. 357.

face, fixité ou mouvements convulsifs des yeux et des membres. Évacuations involontaires, fièvre. — Méningite et couche corticale d'un rose vif et ramollie à sa surface. Sur le lobe postérieur droit, dépression et teinte rouillée offrant la trace d'un épanchement sanguin ancien. Dans la couche optique droite, petit kyste à parois membraneuses pouvant loger un pois. Dans la couche optique gauche, autre kyste analogue plus volumineux. Substance blanche injectée et ferme (1).

SIXIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, des corps striés et des couches optiques.*

DLXXXIVe OBS. — Homme, vingt-quatre ans. Céphalalgie. Deux jours après, épistaxis. Quatrième jour, douleurs dans les hypocondres et les lombes. Cinquième, face animée, pouls plein. (Saignée du bras.) Sixième, vive douleur à l'œil droit, dont la vision est imparfaite. Nausées, vomissement. Septième, douleur aux deux yeux; cécité. Huitième, douleurs très intenses, puis nulles. Vue un peu rétablie, mais inquiétude morale. Un peu de délire la nuit, et mort le neuvième jour dans la matinée sans coma, sans paralysie. — Vaisseaux et sinus pleins de beaucoup de sang. Masse encéphalique un peu ramollie. Corps strié droit ramolli à son extrémité antérieure. Dans le lobe postérieur droit du cerveau, épanchement de sang à moitié coagulé, avec ramollissement de la substance médullaire voisine. Dans la couche optique et le corps strié droits, deuxième foyer analogue, mais plus volumineux, et un troisième plus petit en dehors du précédent. Dans l'hémisphère gauche, trois foyers hémorrhagiques, l'un dans le lobe antérieur occupant la substance grise, le deuxième, plus volumineux, en dehors de la couche optique; le troisième, encore plus étendu, affectant le côté externe du corps strié. Çà et là, de petits caillots disséminés (2).

DLXXXVe OBS. — Homme, quarante-quatre ans, vie régulière. Il y a trois ans, délire mélancolique, avec penchant au suicide; gêne de la prononciation, démence, affaiblissement des jambes et de l'action musculaire. Embonpoint, mais extinction graduelle des forces et de la vie. — Méninges séparées facilement de la substance cérébrale. Infiltration sanguine récente du corps strié droit; foyer ancien constitué dans l'épaisseur de ce corps par une cavité, que tapisse une fausse membrane celluleuse; du côté de la couche

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 297, p. 317.

(2) Roy, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, nº 179, p. 8.

optique quatre cavités plus petites, et également tapissées par des fausses membranes lisses et grisâtres. Dans le corps strié gauche, plusieurs petites cavités alvéolaires couleur chocolat. Dans la couche optique gauche, une petite cavité, et dans le lobe postérieur du cerveau du même côté vingt petits enfoncements qui paraissent correspondre à autant d'anciens foyers morbides consolidés ([1]).

DLXXXVI° Obs. — Instituteur primaire, quarante-six ans, robuste, tempérament sanguin. A quarante-quatre ans, perte de connaissance, hémiplégie subite à droite, suivie d'oblitération de l'intelligence et de gêne dans la prononciation. Rétablissement, puis nouvelle perte de connaissance. Deux ans après, délire. Gêne plus marquée de la parole. Troisième attaque le lendemain, cris, peau sensible, tête rétractée à gauche, secousses convulsives des quatre membres. Mort dans la journée. — Entre le corps strié et la couche optique gauches, et derrière ces organes, large cavité vide, pouvant loger une noix, revêtue de membrane celluleuse. Substance médullaire voisine ni rouge ni ramollie. Dans chaque lobe cérébral postérieur, espèces de cicatrices couleur de rouille. Cloison transparente diffluente. Cerveau et cervelet très injectés ([2]).

DLXXXVII° Obs. — Femme, cinquante-cinq ans. Hémiplégie complète du mouvement à droite, prononciation impossible, conservation de la sensibilité et de l'intelligence, parfois attaques épileptiques, durée de cet état de plus d'un an. — Circonvolutions du fond de la scissure de Sylvius gauche remplacées par une membrane couleur peau de daim, dense, recouvrant le tissu cérébral induré. Destruction du corps strié externe subjacent à ces circonvolutions. Destruction d'une partie de la couche optique. Destruction des circonvolutions inférieures du lobe postérieur droit, remplacées par une membrane peau de daim et induration du tissu cérébral ambiant ([3]).

DLXXXVIII° Obs. — Homme, soixante-cinq ans, pléthorique, cou volumineux et court; il dort beaucoup et est sujet à la migraine. 20 mars, en venant de déjeuner, il perd connaissance pendant une heure; le membre inférieur gauche est paralysé, le bras aussi. Deux mois après, la santé semble rétablie, mais il reste une légère déviation de la commissure droite des lèvres. Le membre inférieur gauche est immobile, mais sensible, et il y a du fourmillement et de légères douleurs; le pied et la jambe sont infiltrés; le membre supérieur

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 575.
([2]) *Idem, ibidem*, t. II, p. 614.
([3]) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 33e livraison, planche XI, p. 2.

gauche a repris sa motilité, la sensibilité y est normale. Intellect, sens, langue, en très bon état. Soif, anorexie, pouls 84. 31 mai, délire, réponses lentes ou brusques, ou remplacées par des signes. 8 juin, symptômes de pneumonie. 15, strabisme, dilatation des pupilles, sensibilité obtuse des membres paralysés, évacuation des urines et des matières fécales involontaire, pouls 90. 21, beaucoup de délire, prostration; face pâle, altérée; évacuation par l'anus d'une grande quantité de sang noir. Mort le 23. — Arachnoïde peu transparente, infiltration séreuse sous cette membrane. Méninges adhérentes à la substance cérébrale sur le lobe postérieur droit; on en enlève une couche mince en détachant les membranes. La substance de ce lobe est ramollie, presque diffluente, rouge et injectée; elle enveloppe un foyer hémorrhagique long d'un pouce, large de demi-pouce. Ce kyste, dont les parois sont un peu affaissées, est revêtu d'une espèce de membrane d'un tissu plus consistant que le cerveau et contient une sérosité jaune-rougeâtre. Le ramollissement du lobe postérieur s'étend jusqu'à la couche optique correspondante. Dans le corps strié du même côté se trouve un petit foyer hémorrhagique d'un quart de pouce de diamètre, contenant aussi de la sérosité, et un troisième foyer se voit dans le centre de la couche optique; il est du volume d'un pois. A la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère gauche, il existe un autre kyste semblable, à parois jaunâtres, contenant un peu de sérosité et avec léger ramollissement circonvoisin. Protubérance et cervelet sains. Quelques points d'ossification aux artères de la base. Moelle saine dans toute son étendue. Hépatisation du poumon. Cœur volumineux vers sa base, anévrysme partiel (1).

DLXXXIXe Obs. — Femme, soixante-sept ans. Accès de mélancolie, attaque avec affaiblissement de la jambe droite, embarras de la parole. Cinq heures après, perte de connaissance, hémiplégie droite; amélioration, puis aggravation. Mort le quinzième jour. — Ecchymoses à la surface du cerveau, surtout à droite; congestion de la pie-mère; foyer hémorrhagique et phlegmasique dans le lobe antérieur gauche, le corps strié et la couche optique; ventricule gauche plein de sang coagulé et liquide, et cloison transparente déchirée (2).

DXCe Obs. — Homme, soixante-douze ans, tempérament sanguin, haute taille, forte constitution; il a eu à soixante-dix ans une attaque d'apoplexie et trois autres ensuite; depuis, il est en démence et

(1) Duplay (service de Rostan), *Archives*, 1834, 2e série, t. VI, p. 314, — et Delamarre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, no 310, p. 30.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 503.

quelquefois en fureur; il a des idées de suicide. Refus absolu d'aliments pendant huit jours, etc. 30 mars, perte de la parole, mouvements convulsifs des yeux; membres dans la résolution, surtout les gauches; sensibilité nulle à gauche, conservée à droite; bouche non déviée; pouls plein, fréquent; peau chaude, souvent assoupissement. Le malade parle à voix basse et répond brièvement. Agitation du bras droit, le gauche reste immobile. Troisième jour de l'attaque, sensibilité et motilité conservées à droite, et mêmes mouvements convulsifs fréquents de ce côté. Bras gauche en parfaite résolution et insensibilité; la jambe gauche conserve ses facultés. Évacuations involontaires, réaction fébrile, respiration embarrassée. Mort le quatrième jour. Méninges injectées. Dans le lobe moyen gauche, épanchement sanguin considérable, caillot d'environ trois onces, substance cérébrale ramollie autour, foyer très voisin du corps strié et de la couche optique qui n'y participent pas. Dans le corps strié et la couche optique droits, cinq petits points rouges lie de vin ou jaunâtres, et entourés d'une petite bande jaunâtre, et dans la couche optique, un point ramolli [1].

8e SECTION. — HÉMORRHAGIES DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX.

On a vu les ventricules cérébraux recevoir une certaine quantité de sang par suite de la rupture des foyers hémorrhagiques siégeant soit dans les lobes du cerveau, soit dans les corps striés ou les couches optiques; mais quelques autres lésions peuvent produire l'effusion de sang dans les mêmes cavités. Ainsi, ce fluide peut suinter :

1° Des plexus choroïdes;

2° Du septum lucidum, si souvent rompu comme effet des épanchements ventriculaires, mais pouvant être primitivement lésé et devenir point de départ de l'hémorrhagie;

3° Des parois mêmes des ventricules, ramollies ou hyperémiées, ou érodées;

4° Enfin, une exhalation sanguine a eu lieu dans les ventricules, sans que l'on ait pu découvrir le point précis et altéré d'où le sang provenait.

Les faits suivants serviront à démontrer que ces distinctions ne sont pas dépourvues de fondement.

[1] Brierre de Boismont, *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 400.

§ I. — Hémorrhagies des ventricules cérébraux par lésion des plexus choroïdes.

Les altérations des plexus choroïdes ne sont pas rares, mais celles qui donnent lieu aux hémorrhagies ne sont ni communes, ni exactement déterminées.

Bartholin rapporte que Veslingius ayant ouvert à Padoue, en 1644, à sa prière, le crâne d'une femme morte d'apoplexie, ils trouvèrent les ventricules pleins de sang. Théophile Bonet ne balance pas à attribuer cette hémorrhagie à la rupture des vaisseaux des plexus choroïdes [1].

Morgagni cite deux exemples d'épanchement sanguin ventriculaire : l'un chez une femme récemment accouchée, morte d'apoplexie avec épilepsie, le ventricule gauche était plein d'un sang altéré avec gonflement considérable des artères du plexus choroïde ; l'autre chez un grand seigneur, dont le ventricule droit était entièrement rempli de sang [2].

Le même auteur fait mention d'un vieillard depuis longtemps atteint d'hémiplégie droite, chez lequel on trouva, à la partie inférieure du ventricule gauche et autour du plexus choroïde, des érosions et des concrétions sanguines [3].

Ces indications un peu vagues seraient loin de satisfaire un esprit positif, mais quelques autres faits paraîtront moins sujets à contestation. Indépendamment de ceux déjà cités [4] et de ceux qui vont suivre immédiatement, il en est qui seront exposés plus tard sous les n^os DCV, DCVI, DCXXXIX, et qui présenteront aussi des ruptures de vaisseaux des plexus choroïdes.

Ces divers faits ne sont encore que des pierres d'attente, mais les recherches ultérieures montreront plus souvent les vaisseaux si nombreux des plexus choroïdes dilatés et

(1) Bartholin, cent. II, hist. 60, — et Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 87.
(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n° 8.
(3) *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n° 15.
(4) Voyez t. VI, p. 536.

rompus, aujourd'hui surtout que l'attention est dirigée vers ce genre de lésions.

DXCI[e] Obs. — Adulte, tempérament sanguin; goutteux; céphalalgie continuelle depuis deux ans; alors un flux hémorrhoïdal ancien était devenu simplement muqueux, et il n'y avait pas eu d'attaque de goutte pendant cet espace de temps. Il survient deux ou trois accès d'épilepsie, puis une attaque d'apoplexie, qui cause la mort le troisième jour. — Adhérences de la dure-mère et de la pie-mère vers l'angle supérieur de l'occiput. Sinus longitudinal dilaté en cet endroit (siége des plus fortes douleurs). Veines très dilatées. Dans les ventricules latéraux et moyen, huit onces de sang noir épanché et en grande partie coagulé. Plexus choroïdes gonflés, contenant de petites hydatides et des vaisseaux sanguins plus amples qu'à l'état ordinaire (1).

DXCII[e] Obs. — Femme, quatre-vingts ans, pléthorique, mangeant beaucoup et faisant peu d'exercice. En décembre, étant à table, elle se met en colère et tombe privée de sentiment et de mouvement. Stertor; yeux fixes, mains froides, en résolution. Mort le dix-huitième jour. — Artères cérébrales pleines de sang. Grand caillot sanguin dans les ventricules. Vaisseaux des plexus choroïdes rompus près de leur continuation dans la toile choroïdienne (2).

§ II. — Hémorrhagies des ventricules cérébraux avec lésion du septum lucidum.

Les faits que je vais citer sont encore peu nombreux et ne présentent pas les caractères décisifs qui seraient nécessaires pour former une série parfaitement distincte. Comme pour le paragraphe précédent, je les signale, vu l'intérêt qu'ils pourraient offrir si d'autres observations venaient à leur appui.

DXCIII[e] Obs. — Femme, surveillante à la Salpêtrière, quarante-huit ans, constitution scrofuleuse, affections dartreuses depuis plusieurs années, douleurs de tête extrêmement vives, cessation des règles, embonpoint considérable, forces conservées. 2 mai, par un temps d'orage, vomissement du dîner, céphalalgie plus vive qu'à l'ordinaire, chute à terre en criant, agitation des membres gauches,

(1) Boucher, *Ancien Journal*, t. XLVII, p. 71.

(2) Drelincourt, dans Th. Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 87.

les droits sont immobiles; la connaissance est conservée; état général de souffrance, principalement de la tête; membres droits moins sensibles, moins mobiles que les gauches. Main souvent portée à la tête, ventre très douloureux, sentiment de suffocation, face pâle, bouche non déviée, yeux fermés, respiration inégale, parfois suspirieuse, pouls petit, concentré, irrégulier; extrémités froides; pendant la saignée pratiquée au bras droit, la malade peut tourner le lancetier avec les doigts pendant quelques instants. Mouvements convulsifs à gauche; ils persistent dans la nuit. Sommeil; la malade se réveille avec sa connaissance, et ayant toujours des convulsions à gauche; enfin, sommeil profond et mort au bout de dix-huit ou vingt heures. — Vaisseaux de la tête peu injectés. Dans l'arachnoïde, un peu de sérosité sanguinolente. Sous l'arachnoïde et dans la pie-mère, sur toute la surface du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée, infiltration sanguine. Ventricules latéraux distendus par des caillots et du sang liquide. Le septum lucidum contient lui-même un caillot de la grosseur d'une petite amande, entre ses deux lames, assez consistantes, mais ramollies et rompues en avant. L'extrémité antérieure du caillot communique, à travers la partie courbée du corps calleux, avec la surface cérébrale, où se trouve un épanchement sanguin considérable. Le troisième ventricule, l'aqueduc, le quatrième ventricule contiennent aussi du sang. Le lobe postérieur droit présente un ramollissement circonscrit (¹).

DXCIVᵉ Obs. — Homme, soixante-huit ans, sanguin, cou court, robuste. Février, perte de connaissance, vomissement, évacuation de matières fécales, immobilité, visage injecté, tête penchée à droite, bouche déviée du même côté, paralysie du côté gauche, stertor, pouls grand, fort, un peu fréquent, battements du cœur forts. Deuxième jour, secousses convulsives du bras gauche, pouls intermittent, irrégulier, stertor, un peu de sensibilité au bras gauche, contraction des muscles de la mâchoire, respiration diaphragmatique. Troisième jour, mort. — Sinus gorgés, méninges infiltrés de sang. Ventricules contenant beaucoup de sang liquide. Septum déchiré. Cerveau sain. Artères de la base pleines de sang coagulé (²).

DXCVᵉ Obs. — Homme, soixante-seize ans, abus des alcooliques, vertiges. Apoplexie le 10 avril; paralysie droite. Saignée, pendant laquelle surviennent deux fois des tremblements, mouvements convulsifs à droite —Vaisseaux méningiens distendus surtout à gauche.

(¹) Quesne, *Bullet. de la Soc. anat.* (*Nouv. Biblioth. méd.*, 1829, t. II, p. 224.)
(²) Sadourny, Thèse, 1824, n° 21, p. 22.

Un peu de sang sur l'hémisphère gauche. Ventricules pleins de sang; septum lucidum rompu (¹).

La première observation est assez remarquable en ce que les deux lames du septum étaient écartées, et le petit ventricule de cette cloison rempli par un caillot sanguin. Cette disposition n'a pas lieu dans les circonstances ordinaires où le septum est rompu par suite de l'irruption subite et du brusque passage du sang d'un ventricule latéral dans l'autre. Toutefois, le siége primitif de l'hémorrhagie demeure incertain; car les parois ventriculaires étaient déchirées en d'autres points. Quant aux deux autres cas, on ne peut rien affirmer de positif. Il n'y a que de simples probabilités sur la part que le septum a prise à la production de l'hémorrhagie.

§ III. — Hémorrhagies des ventricules cérébraux par lésion de leurs parois.

DXCVI° Obs. — Garçon, onze ans, bien portant. Le 13 décembre, il déjeune comme à l'ordinaire. A dix heures, on le trouve dans un état d'insensibilité; il est seulement capable de dire qu'il est très mal. Froid général, pouls à peine perceptible, pâleur, prostration, respiration stertoreuse, écume à la bouche; pupille droite très dilatée, gauche très resserrée; convulsions revenant par intervalles de dix minutes, et chaque accès durant trois ou quatre minutes. Mort à huit heures du soir pendant une convulsion. On avait prétendu que le sujet était mort d'inanition, mais les voies digestives sont pleines d'aliments végétaux. — Vaisseaux cérébraux injectés. Ventricule droit plein de sang; à sa corne postérieure, la substance cérébrale environnante est dilacérée dans une certaine étendue. On ne peut découvrir le vaisseau qui a fourni le sang. Le reste de l'encéphale est sain (²).

DXCVII° Obs. — Fille, quatorze ans, bien réglée depuis deux ans. Maux de tête fréquents. 16 novembre, vers le soir, céphalalgie intense et assoupissement. Même état le lendemain. Le 18, semi-coma, les mains étaient appliquées sur la tête, qui est douloureuse. La langue sort en droite ligne, les pupilles se meuvent

(¹) Sadourny, Thèse, 1824, nº 21, p. 21.

(²) Worthington, *Provincial Medical and Surgical Journal*, 1846, april 22, p. 130 (half yearly abstract, t. III, p. 159).

activement. Pouls 100, petit et faible. Ni paralysie ni respiration stertoreuse. Bientôt après, la malade veut sortir du lit, elle tombe sur le plancher, et meurt quelques minutes après.— Membranes cérébrales congestionnées, ainsi que les sinus de la dure-mère. Substance cérébrale pâle. Un caillot volumineux remplit le ventricule latéral gauche et pénètre dans sa paroi externe ([1]).

DXCVIII[e] Obs. — Homme de lettres, trente-deux ans, primitivement sanguin, mais devenu pâle et d'apparence valétudinaire, atteint de dyspepsie, de céphalalgie, de fréquentes palpitations de cœur, très appliqué à l'étude. Quatre ans avant l'attaque fatale, il eut quelques symptômes prémonitoires que la saignée fit cesser. Insensibilité et paralysie du côté droit. Mort immédiate. — Crâne et et membranes dépourvus de sang; hémisphère droit pâle, hémisphère gauche très vasculaire et donnant à la division de nombreuses gouttes de sang vermeil. Ventricule droit plein de sérum, le gauche rempli de sang coagulé. Déchirure de la substance du cerveau au voisinage du ventricule. Les altérations des petites artères y étaient apparentes; elles étaient élargies, et plusieurs de leurs ramifications paraissaient comme des fils de soie ou de laine noire. Infundibulum et troisième ventricule pleins de sang. Cœur ferme et plus large qu'à l'ordinaire ([2]).

DXCIX[e] Obs. — Femme, trente-deux ans, mère de deux enfants, arrivée au neuvième mois de grossesse, sujette à la céphalalgie et aux maux d'estomac. Août, tout à coup, céphalalgie, vertiges, disposition à la syncope. Faiblesse, refroidissement, assoupissement, respiration pénible. On la réveille, mais elle ne peut répondre. Vomissement. Hémiplégie droite. La malade paraît avoir conscience, mais elle ne peut articuler; elle indique avec la main ce qu'elle veut et avale assez librement. Face déviée et rouge. Pouls 110, plein et dur. Pas de travail d'accouchement. (Saignée, lavement laxatif, bols purgatifs). Beaucoup de salive dans la bouche, sang de la saignée épais. Le lendemain, sans souffrance, accouchement d'un enfant vivant; puis l'utérus se contracte énergiquement. Le pouls est bien; mais à la fin du jour, assoupissement, cessation du mouvement du bras gauche, immobilité, comme dans un profond sommeil; respiration stertoreuse, pouls 130, plein et ondulant. Lochies naturelles. Mort le troisième jour au matin. — Coagulum de sang dans le ventricule latéral gauche, et en l'enlevant, on voit, au fond de cette cavité, un lacis de vaisseaux, sans pouvoir s'assurer de quelle

([1]) Langmore, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1860, t. XI, p. 3.
([2]) Thom. Sandwith, *Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1820, t. XVI, p. 371.

branche le sang provenait; le coagulum pesait une once et trois gros. Il n'y avait pas d'effusion de sang ou de sérum à la base du cerveau, ni d'autres altérations dans l'encéphale ou les autres organes (1).

DCe Obs. — Homme, trente-deux ans, très replet. 3 septembre, étant près du feu, céphalalgie, propos incohérents, puis insensibilité; légères convulsions. Face pâle, corps froid, pouls à peine sensible. Trois heures après, respiration stertoreuse, pouls 72; dysphagie, coma. Mort 29 heures après l'attaque. — Tous les ventricules cérébraux sont distendus par du sang épanché et coagulé, qui provenait d'une déchirure irrégulière de la substance cérébrale (2).

DCIe Obs. — Homme, quarante-deux ans, constitution sèche, toux fréquente, légères affections cutanées. Hémorrhoïdes qui fluent fréquemment. Fièvre quarte qui récidive. Céphalalgie depuis longtemps. Douleurs dans les jambes. L'accès manque. Dans la nuit du 18 juin, plaintes, agitation, perte de connaissance. Vomissement de matières, dans lesquelles il y a du sang noir. Le malade est étendu sur le dos, immobile, yeux fermés, bouche un peu tirée à droite; lèvres et joues soulevées par l'air expiré; respiration naturelle; pouls un peu fréquent. Mâchoires serrées; elles s'ouvrent un peu, et montrent à demi la langue, qui est vacillante. Membres gauches roides et immobiles; main fermée, avec le pouce en dedans; la jambe ne peut être fléchie, le bras ne peut se soutenir et retombe. Côté droit parfaitement mobile; pupille droite dilatée. Quand on demande au malade où est son mal, il indique que c'est la tête, et porte sa main droite à l'occiput du même côté. Parole embarrassée, voix basse, yeux parallèles, pupilles larges, immobiles. Vue conservée aux deux yeux, surtout au gauche. Langue inclinée à droite, sensibilité générale intacte. Déglutition naturelle, quelquefois s'accompagnant de toux. Respiration fréquente, 50; pouls 100, fort; peau chaude, halitueuse; agitation, urine facile. Deuxième jour, pupilles plus dilatées, mais la vue persiste. Langue déviée à droite. Roideur dans le côté gauche, très forte à la jambe et à la cuisse. Sensibilité diminuée, mais elle persiste à gauche. Quand on chatouille, des mouvements spasmodiques sont provoqués. Réaction, assoupissement. Le malade se couvre, arrange son bonnet avec la main droite, comme s'il était bien portant. Troisième jour, affaissement, relâchement; insensibilité générale, respiration bruyante. Mort le soir. — Hémisphère gauche presque normal, injecté; ventricule

(1) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 88.
(2) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 327.

contenant un petit caillot de sang. Hémisphère droit soulevé, distendu par une quantité considérable de sang. C'est le ventricule déplissé par un caillot. Sa cavité est rouge et sablée. Il est ramolli à sa partie antérieure et externe, et même détruit jusqu'au septum, formant une couche pultacée, mêlée de blanc et de rouge. Au dessous, la substance cérébrale est sablée, et, plus bas, il y a une couche jaunâtre. Corps strié et couche optique dans l'état naturel. A la partie externe et postérieure du corps strié, la substance médullaire est ramollie et contient un petit caillot. Le ventricule moyen et le quatrième ventricule contiennent des caillots de sang. Rate hépatisée (1).

DCII^e Obs. — Homme, quarante-trois ans, d'un tempérament sanguin, replet, polyglotte. 27 décembre 1825, saisi par le froid en sortant d'un café, il tombe sans connaissance. Face presque livide; bientôt, il s'efforce de parler, ne peut articuler. Yeux convergents, il ne voit pas. Sensibilité émoussée sur tous les points de la surface; déglutition impossible, salive écumeuse. Pouls plein, fort, dur. Deux heures après, sueur, pupilles dilatées; immobilité, insensibilité générales. Cinq heures après, quelques mouvements convulsifs des membres droits; le côté gauche reste paralysé. Efforts inutiles pour parler. Sensibilité revenue aux membres droits. Vue et ouïe rétablies, mais parole nulle. Rétention d'urine; déglutition facile. Amélioration; usage du côté droit récupéré. Côté gauche toujours paralysé. Au bout de quinze jours, quelques mots sont articulés, et, plus tard, le malade parle, même en conservant la mémoire des langues qu'il connaissait, mais en remplaçant souvent un mot d'un idiome par celui d'un autre. Il ne pouvait prononcer une longue phrase. Deuxième attaque en février 1828; paralysie de tout le corps, coma; perte des sens, déglutition très difficile, respiration lente, gênée; pouls déprimé; cependant, au bout de quelques heures, le malade reprend connaissance; il voit, entend, et soulève à l'aide du bras droit le gauche, qui est paralysé. Pouls presque nul, extrémités presque froides. Mort trois heures après cette amélioration momentanée. — Sinus et vaisseaux presque vides. Pie-mère légèrement infiltrée. A la partie moyenne de l'hémisphère droit, au dessus et en dehors du ventricule latéral, se trouve un corps grisâtre, consistant, homogène, d'un pouce et demie d'étendue d'avant en arrière, ayant dix lignes d'épaisseur à sa partie moyenne; il n'offre pas de trace de cavité. Dans le ventricule gauche, caillot de sang noir. Vers le tiers antérieur de la voûte et en dehors, déchirure de la

(1) De Lens, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1827, t. IV, p. 181.

substance cérébrale de huit à dix lignes de profondeur remplie par un caillot (1).

DCIIIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, constitution délicate. Pendant un temps, privations, régime insuffisant, puis convenable. Accès de goutte; le dernier remontait à deux ans. 7 novembre, on le trouve étendu, le soir, sans connaissance, insensible et immobile. Pâleur, froid; respiration pénible, inégale; pouls petit, fréquent. Quelques secousses convulsives. Mort vingt-six ou vingt-sept heures après l'invasion. — Beaucoup de sang dans la pie-mère. Ventricules latéraux pleins de sang, ainsi que le troisième et le quatrième. Les ventricules latéraux étaient déchirés à leur partie inférieure; la quantité de sang épanché était de deux livres; il n'y avait pas de rupture à la surface du cerveau, ni dans aucune veine (2).

DCIVe Obs. — Garde-malade, cinquante-deux ans, tempérament nerveux et sanguin, faible constitution, grande sensibilité. Hémorrhagies utérines, vertiges, convulsions, céphalalgie, leucorrhée, et maux d'estomac que dissipent les eaux de Vichy. 16 mars, ayant ses règles et venant de souper, perte du mouvement et diminution de la sensibilité des membres gauches; rétention d'urine, intellect intact, prononciation libre. Saignée du pied suivie de céphalalgie atroce, fixée sur le pariétal droit, et qui se dissipe après cinq saignées consécutives. Sixième jour, distorsion de la bouche, difficulté de prononcer; faiblesse de l'œil gauche, quelques élancements dans le droit. Onzième, fièvre, délire. Treizième, amélioration de l'état général, mais persistance de l'hémiplégie, avec douleurs et élancements du même côté, et démangeaison à la joue gauche; évacuation de l'urine facile. En avril, diminution des douleurs, mais gonflement des articulations métacarpo-phalangiennes. En juillet et août, amélioration, paralysie diminuée, teint et embonpoint rétablis. Septembre, emploi du galvanisme, qui produit des douleurs vives. 3 octobre, à deux heures de l'après-midi, sans cause, perte subite de connaissance, de la parole et des sens; respiration stertoreuse, bouche pleine d'écume; tremblement et espèce de convulsions, surtout du côté paralysé. Le lendemain, face rouge, chaude, tuméfiée à gauche; pouls fréquent et dur, chaleur vive; bras gauche roide, ne pouvant se fléchir; déglutition impossible. Mort le 5 octobre. — Roideur cadavérique très prononcée. Peu de sang dans les vaisseaux méningiens. Circonvolutions cérébrales aplaties. Cerveau de couleur et de consistance naturelles. Ventricule gauche distendu par 60

(1) Brachet, *Mémoire sur l'Asthénie*. Paris, 1829, p. 21.
(2) Wepfer, *obs. anat. ex cad. eorum Apoplexia, etc. Historiæ apoplecticorum*, p. 1.

grammes de sang coagulé noirâtre. Ventricule droit ne contenant ni sang ni sérosité; mais ses parois sont de couleur de bois d'acajou, indurées et comme carcinomateuses. Point d'épanchement à la base du crâne. Moelle épinière peu volumineuse et ramollie. Deux calculs dans la vésicule biliaire. Quelques taches livides dans la vessie (1).

DCVe Obs. — Un cardinal, d'un grand embonpoint et sujet à la goutte, avec de l'irritation à la gorge et quelques mouvements spasmodiques de la face et des mains. A cinquante-cinq ans, il eut des chagrins, dans un pays peu favorable à sa santé; il éprouva d'abord des vertiges, de la tristesse, une tendance à l'assoupissement, des vomissements, de la céphalalgie. Trois jours après, perte subite du mouvement et du sentiment dans le côté gauche, et assoupissement profond. La sensibilité était conservée au côté droit et dans les narines, l'intelligence n'était pas détruite, quelques mots purent être prononcés. Le septième jour, après une saignée de la jugulaire, retour plus complet de la connaissance et de la parole. Mais le malade déclina; il eut des mouvements convulsifs dans la main, dans le pied et dans les yeux. Pouls imperceptible. Mort le dixième jour. — Le ventricule gauche contenait une quantité médiocre de sérosité; le droit, dont le plexus choroïde était déchiré, contenait plus de deux onces de sang coagulé. Les parois, à leur partie postérieure et externe, présentaient une érosion assez profonde (2).

DCVIe Obs. — Ecclésiastique, cinquante-cinq ans. Le 13 mai, il s'arrête au milieu de son sermon, porte la main à la tête, perd la mémoire, et ne peut plus parler distinctement. Hémiplégie droite, sans perte de connaissance. Vingt minutes après, coma, déglutition impossible, pas de déviation des traits, respiration stertoreuse. Mort vingt heures après l'attaque. — Beaucoup de sang épanché dans le ventricule gauche, dont la partie antérieure et externe offrait une déchirure irrégulière pleine de sang coagulé. Septum lucidum déchiré, un peu de sang dans le ventricule droit. Toutes les artères du cerveau étaient ossifiées (3).

DCVIIe Obs. — Homme, cinquante-cinq ans. Pendant plus de dix-huit ans, délire partiel et hallucinations; il y a deux ans, apoplexie, hémiplégie incomplète à droite, se dissipant ensuite. Deuxième attaque, perte de connaissance, yeux fermés; pupilles égales, à

(1) Leroux, *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 285. — et Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 475.

(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XI, n° 9.

(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 326.

peine dilatées; pouls petit, irrégulier; respiration lente, insensibilité, résolution des membres. Mort après deux heures de coma. — Beaucoup de sang liquide ou coagulé dans le ventricule droit, éraillures de la paroi externe, entre le corps strié et la couche optique; plusieurs foyers dans le lobe moyen ([1]).

DCVIII[e] Obs. — Femme, cinquante-cinq ans; éprouvant en janvier un froid vif, elle boit un verre de whisky. Bientôt après, perte de connaissance, chute, insensibilité. Le lendemain, retour des sens, mais parole nulle; yeux fermés. Pas de déviation de la face. Membres gauches paralysés. Quatrième jour, délire, vociférations. Huitième, assoupissement, pupilles contractées, insensibilité, dyspnée, 40 inspirations; pouls 100, petit et mou; râle bronchique, etc. Mort le douzième jour. — Le lobe moyen droit présente au dessus du ventricule latéral un ramollissement rouge. Ce ventricule offre, dans sa moitié postérieure, un caillot qui pénètre à la profondeur de plusieurs lignes dans la substance cérébrale ramollie. Sérum dans le ventricule gauche. Trou de Monro élargi. Artères cérébrales parsemées de taches athéromateuses. Cœur un peu hypertrophié. Poumons engoués et en quelques points hépatisés ([2]).

DCIX[e] Obs. — Homme, cinquante-six ans. Pendant six heures, convulsions de la main et du pied droits. Paralysie des membres gauches. — Épanchement de sang dans les ventricules par érosion de la paroi inférieure du ventricule droit ([3]).

DCX[e] Obs. — Homme, cinquante-six ans, cordonnier. En janvier, attaque d'apoplexie, paupières baissées, paralysie du côté gauche, somnolence; le malade entend, se plaint de douleur de tête à droite. Mort le troisième jour. — Caillot entouré de sang liquide dans le ventricule gauche, et désorganisation superficielle de la substance cérébrale. Ventricule droit sain. Sinus pleins, vaisseaux injectés. Cavités droites du cœur pleines, gauches vides ([4]).

DCXI[e] Obs. — Homme, cinquante-huit ans. Six ans avant, hémiplégie droite guérie. En allant à la garde-robe, il tombe à la renverse. Face livide, coma, respiration lente et difficile, pas de stertor, mouvements du cœur énergiques; pupilles contractées, puis dilatées. Mort en huit minutes. — Sinus gorgés de sang, hémisphères gonflés et fluctuants. Dans chaque ventricule, quatre onces de sérosité sanguinolente et un caillot volumineux. Parties centrales du cerveau,

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 486.
([2]) Hughes Bennett, *Clinical Lectures*, p. 385.
([3]) Baglivi, dans Th. Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 118.
([4]) Montain, *Apoplexie*, p. 45.

autour de la voûte à trois piliers, et parois ventriculaires, converties en pulpe floconneuse. Pie-mère de la base couverte de caillots récents. Le quatrième ventricule contient un caillot se prolongeant en bas dans le canal vertébral. Les artères ne sont pas altérées, mais on croit reconnaître que l'eau injectée par l'artère basilaire sort par la scissure de Sylvius [1].

DCXII° Obs. — Homme, soixante ans, haute taille; pendant l'acte de la défécation, attaque d'apoplexie; insensibilité, mouvements convulsifs du côté gauche. Mort dans la nuit. — Vaisseaux de la dure-mère très pleins. Sérosité abondante dans l'arachnoïde. Beaucoup de sang dans la pie-mère, surtout à droite. Ventricule droit contenant au moins six onces de sang coagulé, ses parois très dilatées et comme corrodées. Septum déchiré. Sérosité sanguinolente dans le ventricule gauche. Sur le cervelet, la pie-mère présente comme des vésicules pleines de sérosité. Estomac encore rempli d'aliments [2].

DCXIII° Obs. — Homme, soixante ans, gros, cou court. Paralysie du mouvement du bras gauche, conservation du sentiment, pouls inégal, respiration laborieuse, parole difficile, d'ailleurs réponses assez justes; sentiment d'oppression à l'épigastre; somnolence, fièvre, respiration courte. Mort. — Vaisseaux de la pie-mère extrêmement distendus. Ventricule gauche sain; ventricule droit rempli de beaucoup de sang concrété. Érosion des parois [3].

DCXIV° Obs. — Femme, soixante-cinq ans, grasse. 10 août, vertiges étant assise, chute. Incohérence des idées, mouvements de la tête douloureux; bouche déviée, langue sèche, pouls inégal, intermittent, constipation; urine rendue involontairement. 15, sorte d'attaque apoplectique avec coma et stertor. Jours suivants, délire, mussitation; pas de paralysie, sens conservés; tête tournée à gauche, cris quand on veut la redresser. Mort le 22. — Os du crâne minces et fragiles. Pie-mère très injectée. Cerveau assez mou, sans déchirure. Dans les ventricules latéraux, environ deux onces de sang coagulé. Septum lucidum percé. Parois ventriculaires formées par une substance grisâtre, assez dense, se laissant enlever par lambeaux et parsemée de ramifications vasculaires très apparentes et gorgées de sang, Un petit caillot dans le troisième ventricule. Pie-mère rouge et injectée sur le cervelet. L'artère vertébrale droite, avant de s'unir à la gauche, présente une tumeur osseuse grosse

[1] Francis, *Guy's hospital Reports*, 1846. (*Archives*, 4e série, t. XIV, p. 225.)
[2] Folchi, *Exercitatio pathologicæ*, t. I, p. 100.
[3] *Idem*, *ibidem*, t. I, p. 10 ', 1840.

comme une noisette, qui bouche sa cavité. Les diverses artères de la base sont cartilagineuses [1].

DCXV^e Obs. — Concierge, soixante-sept ans. Accès de colère; il tombe sans mouvement; hémiplégie gauche, intellect d'abord intact, fréquence du pouls. Deuxième jour, légère contracture avec quelques mouvements convulsifs du côté droit, pas de paralysie du rectum et de la vessie. Troisième jour, convulsions alternant avec la résolution des membres, et mort. — Épanchement considérable de sang dans les ventricules, avec déchirure à la paroi postérieure du ventricule gauche [2].

DCXVI^e Obs. — Fille, soixante-huit ans, rachitique, caractère bizarre, excentricités. A quarante ans, dérangement intellectuel plus prononcé. Enfin, en janvier, perte subite de connaissance avec hémiplégie du côté droit; bientôt après, coma, et mort en quinze heures. — Pie-mère très injectée, ainsi que la substance grise, dont la consistance est normale. Le ventricule gauche contient d'énormes caillots. La source de l'hémorrhagie est, dans la paroi inférieure, comme déchiquetée. Les environs sont ecchymosés. Cœur hypertrophié [3].

DCXVII^e Obs. — Femme, soixante-dix ans, moral affaibli, vue trouble, marche pénible. Paralysie subite de la partie gauche du corps et du bras droit; respiration naturelle, face pâle, perte d'intelligence, de sensibilité, mais légères contractions quand on ouvre la veine jugulaire. Mort au bout de neuf heures. — Ventricules du cerveau pleins de sang liquide. Érosions sur les parois, près de la couche optique et du corps strié, plus prononcées à droite qu'à gauche [4].

DCXVIII^e Obs. — Homme, soixante-dix ans. 11 septembre, évanouissement, insensibilité, pupilles contractées, respiration un peu stertoreuse, pouls fréquent et petit. Pas de paralysie, mais rigidité, mouvements convulsifs dans les membres. Vomissement; urine albumineuse, pieds froids. Mort une heure après le commencement de l'attaque. — Dure-mère très adhérente au crâne. Opacité de l'arachnoïde. Consistance du cerveau normale; substance ponctuée. Ventricules latéraux pleins de sérum, mais pas de sang. Voûte très molle, pulpeuse. Caillot contenu dans le ventricule moyen et se prolongeant dans le quatrième. Parois ventriculaires, au niveau des

(1) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 123.
(2) (Clinique de Chomel.) *Journ. des Connaiss. médico-chirurg.*, 1847, t. XIV, p. 135.
(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 476.
(4) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n° 13.

couches optiques, ramollies et déchirées. Vaisseaux cérébraux athéromateux et avec des plaques calcaires. Il y a une once et demie de sérosité à la base du crâne, et les sinus sont pleins de sang noir. Artères coronaires athéromateuses et ossifiées. Ventricule gauche du cœur un peu épais. Valvules normales. Quelques traces d'athérome dans l'aorte (1).

DCXIX° Obs. — Femme, soixante-douze ans, bon appétit, bonne santé, mais une jambe est faible; il est survenu des étourdissements, de la céphalalgie, de la constipation, des crampes dans les jambes. Après un fort repas, chute subite, mouvements convulsifs, puis prostration complète, peau froide, pouls petit et fréquent, respiration stertoreuse, insensibilité; pas de réponses aux questions; paupières abaissées, pupilles immobiles, médiocrement dilatées; émission involontaire des urines. Pas de contracture, bouche déviée à gauche, joues soulevées à chaque expiration, écume à la bouche. Mort le deuxième jour. — Ventricules remplis de beaucoup de sang, surtout le gauche, dont la paroi interne est ramollie. Le sang est récemment et à demi-coagulé (2).

DCXX° Obs. — Femme, soixante-dix-huit ans. Attaque d'apoplexie; contraction du bras gauche, puis du droit; ensuite flaccidité générale. Mort en trente-six heures. — Vaste hémorrhagie dans les trois ventricules. Ramollissement du corps calleux et des parois ventriculaires. En outre, du sang était répandu sous l'arachnoïde, sur le lobe antérieur gauche (3).

DCXXI° Obs. — Un homme meurt en peu d'heures par une apoplexie avec paralysie du côté gauche. — Après la mort, il sort par la bouche du sang qui, selon Valsava, venait de la trompe d'Eustachi. Sang épanché dans les deux ventricules; le droit présentait une déchirure profonde (4).

§ IV. — Hémorrhagies dans les ventricules cérébraux sans altération des parois.

Parmi les faits qui composent cette série, il en est qui sont si succinctement rapportés qu'on peut les regarder comme impropres à établir la possibilité d'une effusion

(1) W. Boyd Mushet, *On Apoplexy*, 1866, p. 30.
(2) Vialet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1846, p. 318.
(3) Durand-Fardel, *Archives*, 4e série, t. II, p. 303.
(4) Valsalva, *Tract. de aure humana*, cap. XI, p. 12.

sanguine dans les ventricules par simple exhalation. Toutefois, il est présumable que si aucune lésion n'est indiquée, c'est que les observateurs n'en ont pas constaté. Mais ces faits acquièrent quelque valeur en s'ajoutant à ceux qui ont été l'objet d'un examen sérieux.

DCXXII^e Obs. — Enfant mâle, né le 10 juillet. Le lendemain, teinte ictérique, stupeur, yeux fermés, mouvements faibles, froid, pas de cris, pouls insensible, œdème des membres et de l'hypogastre. Mort le 12. — Lividité générale, sérosité jaunâtre dans les parois infiltrées. Méninges couleur lie de vin et un peu épaissies. Cerveau assez ferme, injecté. Dans chaque ventricule latéral, un caillot noir, assez consistant, mince, aplati, plus épais en arrière. Troisième caillot dans le ventricule moyen. Poumons rouges et crépitants; ils contiennent un liquide rougeâtre et spumeux. Sang noir à demi-coagulé dans les cavités du cœur (1).

DCXXIII^e Obs. — Enfant de trois mois trouvé mort dans son berceau en décembre. — Muscles des membres contractés. Écume à la bouche et au nez. Face rouge. Coloration pourpre de la peau du dos. — Membranes du cerveau saines. Substance cérébrale très congestionnée, pleine de taches de sang. Un petit caillot de sang dans chaque ventricule. Poumons congestionnés, effusion séreuse dans le péricarde. Foie large. Intestins pleins de gaz. Organes digestifs sains (2).

DCXXIV^e Obs. — Garçon de quatre ans, premier né d'une noble famille, bien portant et vif. Il était tombé il y a dix-huit mois de trois pieds de haut; s'étant heurté la tête et fait une plaie à la nuque, il avait perdu par cette plaie beaucoup de sang. Il guérit; mais son bon naturel, sa docilité, se changent en mauvaise humeur et entêtement. Les paupières de l'œil droit étaient toujours gonflées, et cet œil lui-même paraissait plus enfoncé et plus petit que le gauche. Marche peu solide, faux pas fréquents; l'appétit, la digestion, les autres fonctions n'avaient pas subi de changement. Dans l'hiver, il fut attaqué du croup. Après douze heures de durée, cette maladie se dissipa subitement, mais aussitôt se déclarèrent des symptômes d'inflammation du cerveau, et l'enfant mourut le lendemain, en offrant les indices d'un épanchement subit. — Beaucoup d'inflammation

(1) Lediberder, dans Valleix, *Maladies des Enfants*, 1838, p. 560.

(2) Jos. H. Wythes et Brown, *North American med.-chir. Review*, 1858, jan (half yearly abstract, t. XXVII, p. 229).

dans les organes contenus dans le crâne. Sérosité épaisse abondante à la base; peu sur le corps calleux. Point d'eau dans les ventricules; mais, dans le droit, on trouve du sang épanché du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, pesant deux onces, et paraissant être de la lymphe épaissie couverte de sang (1).

DCXXVe Obs. — Enfant mâle, neuf ans; il se réveille dans la nuit du 18 mai, se plaignant de la tête. Il a une convulsion légère et vomit. Le lendemain, céphalalgie; les jours suivants, les convulsions reviennent; pouls 64, assoupissement, constipation, convulsions avec mouvements continuels des membres gauches et parfois des membres droits. Sans cesse, l'enfant mâche, suce et lèche ses lèvres. Les doigts commencent à se contracter de temps à autre. La sensibilité revient, alors le pouls est à 130. 29, coma, diarrhée, convulsions. Mort le quinzième jour de la maladie. — Chaque ventricule latéral contient un coagulum et du sérum rougeâtre. Du sang coagulé se trouve aussi dans les autres cavités. Du fond du quatrième ventricule, le caillot s'étend à la base du crâne; il distend les méninges rachidiennes jusqu'à la terminaison de la moelle. Organes cérébraux et rachidiens exempts d'altération; il est impossible de découvrir la source des hémorrhagies (2).

DCXXVIe Obs. — Cantonnier, vingt-quatre ans. Il y a un an, courbature, céphalalgie violente, vertiges, bourdonnement d'oreilles, douleur sous-orbitaire permanente, contractions involontaires des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, quelques vomissements. En avril, amblyopie, diplopie, strabisme convergent; dilatation des pupilles, surtout de la droite; hébétude faciale, de temps à autre contraction douloureuse des muscles de la moitié droite de la face, torsion de la bouche de ce côté; parole embarrassée, intelligence et mémoire intactes; décubitus dorsal, immobilité générale, fixité du regard; chaleur normale; pouls plein, régulier, non fréquent; puis engourdissement, coma; peau des joues et du front presque insensible, surtout à droite. Il n'y a eu ni paralysie ni convulsions. Mort dans le mois de mai. — Pie-mère infiltrée d'une sérosité roussâtre. A la base, sous le ventricule moyen, elle est opaque, épaisse, résistante, doublée par une substance gélatiniforme. Dans le ventricule lui-même se trouve une substance analogue, jaunâtre, résistante, du volume d'une grosse noix, présentant

(1) Gœlis, *A treatise on the hydrocephalus acutus*, translated from German by Gooch. London, 1821, p. 249, obs. xxxi.

(2) Will. Brown, *Transact. of the med.-chir. Society of Edinb.*, 1834 (*Edinb. Med. and Surg. Journ.*, t. XLII, p. 248), — et Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 347.

à la coupe une couche rouge, puis noirâtre, constituée par un caillot sanguin anciennement déposé (1).

DCXXVII^e Obs. — Un domestique, ayant une légère céphalalgie, fait une course à cheval; le soir, étant tranquille et occupé à écrire, il tombe tout à coup de sa chaise et meurt subitement. — On trouve une quantité considérable de sang dans les ventricules (2).

DCXXVIII^e Obs. — Femme, quarante ans, mère de plusieurs enfants, non pléthorique. Arrivée au dernier mois de sa grossesse, elle est, par suite d'un petit effort, subitement prise de violente céphalalgie, puis elle s'affaisse, et ne remue ni ne parle plus. Quand Williams arrive, elle était morte; il trouve le col utérin dilaté. — Deux ou trois onces de sang épanché et coagulé dans tous les ventricules; il y en avait aussi dans la propre substance du nerf optique droit (3).

DCXXIX^e Obs. — Louis Labatut, de Rieuzan (Landes), âgé de quarante-quatre ans, domestique, a eu, il y a neuf ans, une blennorrhagie; il porte, depuis cette époque, un rétrécissement de l'urètre qui cause de temps à autre une rétention d'urine. Il a un varicocèle datant de cinq ou six ans. Il est sujet, depuis dix ans, à des fièvres intermittentes qui ont été d'abord quotidiennes, plus tard quartes, et qui revenaient à des époques indéterminées. Depuis trois ans, il est survenu des douleurs à l'hypocondre gauche; elles sont presque permanentes, et il s'est manifesté, il y a quelques mois, une tumeur assez volumineuse dans la même région. C'est dans cet état que Louis Labatut entre à l'hôpital Saint-André, le 19 août 1854; il a le teint pâle-jaunâtre, la faiblesse et la maigreur ordinaires de la cachexie paludéenne. Le lendemain, il est pris de rétention d'urine; on pratique le cathétérisme; le cours des urines se rétablit. Rien ne paraît indiquer un désordre intérieur plus grave que celui dont le résumé précède. Le 24, dans la matinée, vers dix heures, surviennent des symptômes de congestion cérébrale, puis d'apoplexie; la perte de connaissance est complète et prolongée, le pouls est plein et lent, les pupilles sont immobiles. (Sinapismes aux membres inférieurs.) Mort à trois heures de l'après-midi, le même jour.

Nécropsie. — Les vaisseaux de l'extérieur du crâne et ceux des méninges sont pleins de sang. Les sinus en contiennent une grande

(1) Bossu (clinique de Teissier, à Lyon), *Gazette médicale de Lyon*, 1855, 31 août. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 790.)

(2) Powell, *Medical Transactions*. London, 1815, t. V, p. 205.

(3) Philip Williams, *Medical Facts*, 1794, t. V, p. 96.

quantité. Le tissu du cerveau est consistant et peu injecté. Les deux ventricules latéraux sont remplis, surtout dans les cornes antérieures et postérieures, par beaucoup de sang liquide. L'examen attentif des parois, des corps striés, des couches optiques et des plexus choroïdes, ne fait reconnaître aucune lésion. Cœur et poumons sains. Muqueuse gastrique épaissie, hyperémiée. Rate de consistance ordinaire, ayant de longueur 0,30, de largeur 0,17, d'épaisseur 0,9. Foie, reins, vessie, à l'état normal.

DCXXXe Obs. — Femme, quarante-huit ans, mariée à un homme qui la rend malheureuse, devient veuve. Depuis un an, hystérie, cessation des règles; légère atteinte d'apoplexie, laissant les membres inférieurs faibles. Peu de temps après, nouvelle et plus violente attaque, commençant par le tremblement des membres paralysés; hémiplégie droite. Mort en moins d'une heure. — Vaisseaux des méninges très injectés, sinus de la dure-mère sains, substance corticale rouge. Dans les ventricules latéraux droit et gauche, grande quantité de sang fluide et coagulé; en outre, sur la selle turcique, caillot de sang, ainsi que sous la protubérance; l'artère carotide était gonflée (*turgebat*). Vaisseaux du cervelet pleins, sans effusion (1).

DCXXXIe Obs. — Portier allemand, cinquante-huit ans, santé détériorée, bronchite, pléthore veineuse céphalique. En décembre, après un orage qui éclate dans la nuit, on le trouve les yeux fermés, dans un état comateux, et avec une paralysie incomplète du côté gauche. Incohérence des réponses, respiration haletante, pouls naturel, face inclinée à droite. Troisième jour, mort. — Système veineux cérébral très engorgé. Dans le ventricule droit, caillot noirâtre de deux onces; concrétion fibrineuse dans le cœur (2).

DCXXXIIe Obs. — Jeanne Moigneau, âgée de cinquante-huit ans, est portée à l'hôpital Saint-André le 2 février 1852. On ne peut recueillir aucune note précise sur ses antécédents. On sait seulement que cette femme a perdu connaissance depuis trois jours. On observe les symptômes suivants : peau chaude; pouls large, 80; contracture des deux bras, perte complète de l'intelligence, pupilles immobiles; trismus, déglutition impossible, sensibilité abolie; immobilité, résolution des membres inférieurs. (Sangsues derrière les oreilles, révulsifs aux pieds et aux jambes, lavement purgatif, etc.) Le 3, pouls fréquent, respiration stertoreuse. Mort à deux heures.

(1) Biumi, *Observationes anatomicæ*. Mediolani, 1765. (Sandifort, *Thesaurus dissert.*, t. III, p. 384.)

(2) Barot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, no 30, p. 23.

Nécropsie. — Injection très grande des vaisseaux des ménin
et du cerveau. Sinus gorgés de sang. Substance cérébrale injec
et pointillée. Épanchement de sang dans les ventricules latéra
et moyen. Ce sang n'est point en caillots; il paraît mêlé à de
sérosité. Les parois de ces cavités ne présentent aucune altératio
Rien à noter de remarquable dans le reste de l'encéphale, ni dans
autres organes.

DCXXXIII^e Obs. — Femme, soixante-cinq ans, tempérament sa
guin, petite stature. Janvier, légère ophthalmie, chute; perte
connaissance, qui revient pour peu de temps; bouche déviée
gauche, bras gauche immobile, stertor, agitation continuelle du b
droit. Mort le cinquième jour. — Méninges rougeâtres par l'injecti
vasculaire. Substance du cerveau ferme. Deux ou trois onces
sang noirâtre et liquide dans le ventricule latéral gauche, peu
sérosité dans le droit (1).

DCXXXIV^e Obs. — Malpighi, âgé de soixante-six ans, était su
à des vomissements et à des dévoiements fréquents, de plus à c
palpitations de cœur. Il eut des affections calculeuses des reins
des accès de goutte. 25 juillet 1694, après un vif chagrin, attaq
d'apoplexie, hémiplégie droite. Disparition des accidents après l'e
ploi des émissions sanguines et des révulsifs, mais la mémoire et
jugement sont altérés. Pleurs sans motif, inappétence, indigestic
mouvements convulsifs. En octobre, vertiges, douleurs vives p
affection calculeuse, nouvelle attaque, mort. — Cœur volumineu
petit calcul dans la vessie; ventricule droit du cerveau contena
beaucoup de sang noir et épais, et le gauche un liquide jaunât
Vaisseaux sanguins du cerveau variqueux. Adhérences de la du
mère au crâne (2).

DCXXXV^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, attaque violen
d'apoplexie, face rouge, pouls plein. Paralysie droite, lèvres tiré
à gauche, stupeur; cependant, le malade répond bien. Mort au bo
de peu de jours. — Pie-mère très injectée, surtout à la partie pos
rieure. Beaucoup de sang accumulé dans le ventricule latéral ga
che. Dans le droit, un peu de sérosité sanguinolente (3).

DCXXXVI^e Obs. — Le savant Tita, soixante-treize ans, robus
sujet à des ophthalmies, à des céphalalgies. Après plusieurs saiso
froides et pluvieuses, il s'expose, en mai, à l'ardeur du soleil.
soir, il perd subitement l'usage de la langue et des membres ga

(1) Prost, *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, 1804, t. II, p. 85.
(2) Baglivi. Romæ, 1695. (Th. Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 143.)
(3) Folchi, *Exercitatio pathologica*. Romæ, 1840, t. I, p. 100.

ches. Il avait sa connaissance, mais aussi une disposition à l'assoupissement. Un vomitif donné en ce moment provoqua des secousses funestes. La respiration devint stertoreuse, et la mort survint le lendemain matin. — Dure-mère très adhérente au crâne, sinus longitudinal vide; vaisseaux de la pie-mère très distendus; ventricule latéral droit contenant, dans sa partie postérieure, du sang noir et coagulé du volume d'un œuf. Il y avait du sang, mais en moindre quantité, dans les autres ventricules; il y était plus fluide, plus séreux. Le cerveau n'offrait aucune rupture ayant pu donner issue au sang. Les vésicules hydatiformes des plexus choroïdes étaient très volumineuses ([1]).

Résumé des observations relatives aux hémorrhagies des ventricules cérébraux.

I. Ces observations sont au nombre de 46, et sont ainsi divisées :

Hémorrhagies	par lésion des plexus choroïdes.........	2
—	par déchirure du septum des ventricules.	3
—	par lésions des parois des ventricules....	26
—	sans lésion apparente des ventricules....	15
		46

II. On compte 30 individus du sexe masculin et 15 du sexe féminin.

III. Quant aux âges, les faits sont ainsi distribués :

4	individus	avaient	1 jour, 3 mois, 4 ans, 9 ans.
2	—	—	11 et 14 ans.
1	—	—	24 ans.
4	—	—	de 31 à 40 ans.
6	—	—	de 41 à 50 —
12	—	—	de 51 à 60 —
9	—	—	de 61 à 70 —
5	—	—	de 71 à 80 —
43			

IV. Les sujets étaient généralement robustes, et offraient la prédominance du système sanguin et du tissu adipeux; mais quelques-uns ont présenté des dispositions différentes.

([1]) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. CXI, n° 11.

Il y a eu des sujets faibles (DCVIII, DCIII, DCIV, DCXXXI) ou débilités par différentes maladies, comme des hémorrhagies répétées (DCI, DCIV), des fièvres intermittentes (DCI, DCXXIX), les scrofules (DXCIII), le rachitis (DCXVI).

V. L'impression des températures atmosphériques extrêmes et leurs vicissitudes rapides ont été des causes d'apoplexie. On peut citer l'action d'un froid vif (DCVIII), de l'air frais en sortant d'un lieu chaud (DLII), ou l'exposition au soleil du printemps après un hiver froid et pluvieux (DCXXXVI).

VI. On a aussi noté l'influence des temps d'orages, comme disposant à l'hémorrhagie cérébrale (DXCIII, DCXXXI).

VII. L'abus des alcooliques n'a été mentionné qu'une fois (DXCV).

VIII. L'attaque apoplectique a plusieurs fois eu lieu pendant ou après le repas (DXCII, DXCVI, DCIV, DCXII, DCXIX).

IX. Elle s'est produite aussi après un exercice violent ou des efforts, ou une certaine fatigue intellectuelle (DCVI, DCXII, DCXXVII), ou après un accès de colère (DXCII, DCXV), ou après de vifs chagrins (DCV, DCXXXIV).

X. Deux fois, on l'a vue survenir au neuvième mois de la gestation, provoquant ou ne provoquant pas l'accouchement (DXCIX, DCXXVIII); chez une femme, elle a été précédée de symptômes hystériques et de suppression des règles (DCXXX).

XI. Trois malades avaient eu des attaques de goutte (DCXI, DCIII, DCXXXIV).

XII. Deux un état vésanique plus ou moins prononcé (DCVII, DCXVI)

XIII. Il y a eu quelquefois une attaque apoplectique d'intensité variée, un an, deux ans, six ans avant celle qui devait terminer l'existence (DCII, DCIV, DCXII, DCXI, DCXXX).

XIV. Parmi les phénomènes prodromiques, qui peuvent avoir remonté à plusieurs mois, on note d'abord une céphalée plus ou moins intense dans une dizaine de cas; puis, dans quelques autres, les vertiges, les étourdissements, la som-

nolence, des bourdonnements d'oreilles, des vomissements, des crampes, des spasmes, etc.

XV. L'attaque a été subite et avec perte de connaissance dans trente cas; mais, plusieurs fois, la paralysie, c'est à dire l'hémiplégie a eu lieu sans suspension de l'action des sens et de l'intelligence (DCVI, DCXVII, DCXXXI). Le début a encore été marqué par des vomissements (DXCIII, DXCXIX), par des tremblements (DCXXX), par des convulsions (DCXXV), par une céphalalgie violente (DCXXVIII), ou par une soudaine insensibilité, sans que l'exercice de la parole ait été interrompu (DXCVI).

XVI. Peu de malades se sont plaints après l'attaque d'une vive céphalalgie (DCI, DCIV, DCXIV); plusieurs ont conservé une intelligence assez nette (DXCIII, DXCIX, DCIV, DCXXVI); d'autres ont eu du délire (DCVIII, DCXIII, DCXIV, DCXXXI); la majorité a été dans le coma.

XVII. Les deux pupilles ont été dilatées (DCI, DCII, DCXIX, DCXXVI) ou contractées (DCVIII, DCXVIII), ou la droite dilatée et la gauche resserrée (DXCVI); deux fois, il y a eu amblyopie et strabisme convergent (DCII, DCXXVI).

XVIII. La parole a été souvent assez libre ou plus ou moins embarrassée; mais l'aphasie n'a été complète que dans deux cas : l'un avec hémiplégie droite (DXCIX), l'autre avec hémiplégie gauche (DCII). Il faut remarquer que, dans ce dernier, la parole se rétablit au bout de peu de temps.

XIX. Plus de vingt malades ont présenté des phénomènes spasmodiques variés. Ces phénomènes ont été des convulsions générales (DXCI, DXCVI, DC, DCIV, DCXVIII, DCXIX, DCXXV), des convulsions unilatérales droites (DXCV, DCIX, DCXV) ou gauches (DXCIII, DXCIV, DCXII), l'agitation convulsive d'un membre supérieur (DCXXXI), la contraction douloureuse des muscles d'un côté de la face (DCXXXI), le serrement des mâchoires (DXCIV, DCI, DCXXXII), la contracture des deux bras simultanément ou successivement (DCXXI, DCXXXII), une rigidité générale (DCXVIII) ou unilatérale (DCI, DCIV).

XX. Dans un peu plus de la moitié des cas, il y a eu des

phénomènes de paralysie. Ainsi, une hémiplégie a siégé au côté droit huit fois, au côté gauche douze fois ; dans un cas, la paralysie affectait les deux membres gauches et le bras droit (DCXVII), et quatre fois la résolution était générale.

XXI. Dans quelques cas particuliers, l'hémiplégie a été à droite, puis à gauche (DXCIX), ou il y a eu paralysie à gauche et convulsions à droite (DCIX, DCXV, DCXXXI), ou encore contracture des membres supérieurs et résolution des membres inférieurs (DCXXXIII). Cette dispersion ou cette variété des effets de l'hémorrhagie ventriculaire mérite d'être remarquée.

XXII. Il y a eu souvent insensibilité générale (DXCVIII, DC, DCII, DCIV, DCVII, DCXII, DCXVIII, DCXIX, DCXXXIII) ; mais quelquefois la sensibilité est demeurée presque intacte, ou même elle a été exagérée jusqu'à produire des douleurs dans le côté paralysé (DCI, DCIV).

XXIII. La respiration est devenue rapidement stertoreuse dans beaucoup de cas.

XXIV. Il y a eu des vomissements chez sept malades et de la dysphagie chez quatre, des évacuations involontaires chez plusieurs, ou rétention d'urine.

XXV. Le pouls a été souvent fréquent et faible. La faiblesse s'est encore manifestée par la pâleur du sujet, et par froid des extrémités.

XXVI. L'hémorrhagie des ventricules a été foudroyante et a fait périr en quelques minutes dans sept cas ; elle a amené la mort au bout d'une à trente heures dans douze autres ; d'un à cinq jours, chez onze individus ; du dixième au dix-huitième, cinq fois. Dans un cas, la mort n'a eu lieu qu'au bout d'un mois (DCXXVI), et dans un autre cas, celui du célèbre Malpighi, il y eut après l'attaque une amélioration notable qui dura un mois et demi et fut suivie d'exaspération et de mort (DCXXXIV).

XXVII. Plus que dans les autres sections des hémorrhagies cérébrales, on a constaté dans celle-ci la plénitude des vaisseaux de l'encéphale, l'engorgement des sinus.

XXVIII. Les ventricules étaient plus ou moins remplis de sang liquide ou coagulé. Le plus souvent, l'une de ces cavités paraissait en contenir une plus grande quantité, ou il y était coagulé, tandis que dans les autres, il se trouvait liquide, ou même on n'y rencontrait que du sérum trouble. Neuf à dix fois, l'hémorrhagie avait été plus abondante dans le ventricule droit, un nombre à peu près égal de fois dans le gauche. Dans quelques cas, le sang avait paru couler dans le ventricule moyen, et s'être de là répandu dans les autres, et spécialement dans le quatrième (DCXVIII, DCXXVI). La plus grande réplétion de l'un des ventricules latéraux était en rapport croisé avec l'hémiplégie, si ce n'est dans un cas où la paralysie et l'hémorrhagie se trouvaient du côté gauche (DCX).

XXIX. Dans un petit nombre de cas, les plexus choroïdes se sont montrés gonflés, plus vésiculeux qu'à l'ordinaire, ayant leurs vaisseaux distendus par beaucoup de sang et offrant quelques ruptures.

XXX. D'autres fois, le septum des ventricules a été déchiré, rompu, et il a paru que de cette altération avait flué le sang. Cette altération primitive doit être distinguée de la dilacération du septum, qui résulte du passage rapide du sang d'un ventricule latéral dans l'autre. La présence d'un caillot entre les deux lames de cette cloison a paru caractériser, dans un cas, le siége premier de l'effusion sanguine.

XXXI. Plus fréquemment, une altération des parois ventriculaires a été la véritable source de l'hémorrhagie. On a trouvé des traces d'altération en différents points de ces cavités, sur les limites du lobe moyen ou à l'une des cornes, ou à la face inférieure du corps calleux. On a trouvé ces parties ramollies, rouges, comme sablées, ou même déchirées et parsemées de taches ecchymotiques, ou encore offrant des érosions soit superficielles, soit assez profondes et circonscrites. Sur ces parois altérées, on a vu des artérioles dilatées et des réseaux vasculaires d'où le sang avait coulé (DXCVIII, DXCIX, DC).

XXXII. Les altérations observées sur les parois des ventricules ont, dans quelques cas, paru remonter à une époque déjà ancienne. Ainsi, une fois, la face interne du ventricule droit avait une couleur acajou, tandis que la substance cérébrale sous-jacente était indurée (DCV); une autre fois, la paroi ventriculaire était formée d'une matière grisâtre, assez dense, se laissant enlever par lambeaux, et parsemée de ramifications vasculaires très apparentes et gorgées de sang (DCXIV). Le sang a paru déposé depuis un certain temps dans le ventricule, y constituant un caillot jaunâtre, gélatiniforme, rouge-noirâtre à l'intérieur (DCXXVI), ou même ayant l'aspect d'une lymphe épaissie, concrétée et imprégnée de sang (DCXXIV).

XXXIII. Enfin, dans un certain nombre de cas, l'examen attentif des parois des ventricules n'a laissé distinguer aucune lésion propre à rendre raison de l'hémorrhagie. J'ai moi-même recueilli deux faits de ce genre, et ils m'ont engagé à accepter comme s'y rattachant plusieurs autres exemples, dans lesquels aucune altération particulière n'avait été signalée. Il était d'autant plus naturel de les admettre, que souvent l'hémorrhagie s'était produite sans antécédents pathologiques, et que la mort avait été instantanée.

XXXIV. Les vaisseaux encéphaliques ont présenté quelques altérations, les artères ont parfois été athéromateuses (DCVIII, DCXVIII), cartilagineuses (DCXIV), osseuses (DCVI, DCXVIII); dans un cas, l'artère vertébrale droite portait une tumeur osseuse d'un certain volume (DCXIV).

XXXV. Le cœur était quelquefois hypertrophié (DXCVIII, DCVIII, DCXVIII).

SÉRIES SUPPLÉMENTAIRES. — *Coïncidences de diverses hémorrhagies avec celles des ventricules cérébraux.*

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des méninges et des ventricules du cerveau.*

DCXXXVII° OBS. — Garçon, neuf ans, subitement réveillé le

18 mai. Céphalalgie, convulsions, vomissement, constipation. Rétablissement le septième jour. 25, convulsion, céphalalgie frontale, assoupissement. 28, nouvelles convulsions, surtout des membres gauches. Mouvements continuels de la mâchoire et des lèvres. Contracture des doigts. Retour de l'intelligence, pouls 130. 3 juin, coma, convulsions. Mort. — Caillot sanguin et sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux et les autres cavités. Sang à la base du crâne et dans la gaine de la moelle. Tissu du cerveau et de la moelle sain (¹).

DCXXXVIII° Obs. — Homme, dix-neuf ans, face pâle, cheveux noirs. Tempérament nerveux. Décembre, dîner copieux; le lendemain, sensation subite de défaillance, insensibilité momentanée, vomissement aqueux, douleur vive au front; peau froide et pâle, pouls très petit, fréquent, faible; puis réaction, chaleur. Deuxième jour, céphalalgie légère. Rétablissement le huitième jour. Février, attaque pareille à la première; insensibilité, rétablissement; mais huit jours après, troisième attaque semblable; pouls irrégulier, céphalalgie, vertiges; tendance à la syncope quand le malade se lève. Céphalalgie pendant les mouvements. Pas de douleur dans le repos. Nouveau rétablissement. Pas de symptômes du côté du cœur. 30 mai, attaque épileptiforme, puis douleur vive à la tempe droite. Vomissements. Retour des convulsions, insensibilité; rigidité des bras, pouls plein, veines distendues. Sang des saignées d'un beau rouge-écarlate. Pupille droite très large, la gauche contractée, puis dilatée. Embarras de la respiration, pouls 90; un moment après nul. Mort le même jour. — Peu de sang dans les téguments du crâne. A la face interne du frontal, tumeur osseuse saillante d'un quart de pouce, déprimant les méninges et le lobe antérieur gauche. Veines cérébrales gorgées de sang. Léger épanchement de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère. Face interne des hémisphères et corps calleux recouverts d'une couche mince de sang coagulé, s'étendant en arrière et en bas, vers la base du cerveau, autour du cervelet et de la moelle allongée. Trois onces de sang épanché dans les ventricules latéraux et en partie coagulé. Septum lucidum rompu. Troisième ventricule plein de sang, avec coagulum prolongé dans le quatrième. Substance cérébrale ramollie au devant des corps striés. Pas d'altération des vaisseaux. Cœur sain (²).

(¹) W. Brown, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1834, oct. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 403.)

(²) John Scott, *Transact. of the med.-chir. Society of Edinburgh*, 1834. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1834, oct., t. XLII, p. 245. — *Archives*, 2e série, t. VI, p. 399.)

DCXXXIXe Obs. — Femme, vingt-trois ans, primipare. Éclampsie trois heures après la délivrance. Mort sept heures après l'invasion des convulsions, qui étaient plus prononcées du côté gauche. Urines albumineuses. — Hémorrhagie intra-ventriculaire produite dans les plexus choroïdes, distendant les deux ventricules latéraux et le troisième; de plus, apoplexie méningée rachidienne. Les parois des ventricules n'avaient subi aucune dilacération. La pie-mère n'était le siége d'aucun épanchement sanguin (1).

DCXLe Obs. — Homme, trente ans. Novembre, perte subite de connaissance, avec mouvements convulsifs. Deux jours après, délire furieux; le malade s'échappe. Nouvelle attaque de convulsions, contraction très forte des membres supérieurs. Sensibilité émoussée du côté droit, bouche déviée à gauche, pupille droite resserrée, pupille gauche dilatée, un peu contractile. Perte de connaissance. Pas de réponse; cependant, le malade paraît entendre un peu. Évacuations involontaires. Mort le cinquième jour. — Arachnoïde rouge, épaissie, opaque. Pie-mère infiltrée de sang, formant des épanchements dans les anfractuosités. Cerveau injecté. Dans le ventricule gauche, caillot semblable à une grosse sangsue, se continuant en arrière avec un autre caillot qui recouvre la face inférieure du cerveau. Anévrysme actif du cœur gauche (2).

DCXLIe Obs. — Homme, quarante ans, vertiges et légère hémiplégie gauche, qui disparaît au bout de trois jours; les vertiges reviennent. Marche chancelante; chute sans perte de connaissance et avec possibilité de se relever sans aide. Bras gauche peu mobile, mais sensible; avant-bras et doigts fléchis constamment, même pendant le sommeil, la main restant dans l'extension; redressement des doigs difficile et douloureux. Au membre inférieur gauche, tremblements. Pas de flexion permanente. Pouls souple, plein, 92. 15 octobre, tout à coup, respiration stertoreuse, yeux immobiles, coma, membres roides. Cette attaque dure demi-heure; la connaissance revient, mais la voix est sourde et la parole embarrassée. Agitation, tremblement général. Le soir, nouvel accès moins fort. Pendant la nuit, cris, agitation. 16 octobre, hémiplégie plus prononcée, contracture étendue au membre inférieur gauche; frissonnement général, surtout à gauche. Cris, paroles incohérentes, puis réponses raisonnables, si on les provoque. Le malade dit ne pas souffrir de la tête; il a compris et parlé jusqu'au moment de sa mort, le même jour à midi. — Sinus de la dure-mère et vaisseaux

(1) Charrier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1857, p. 283.
(2) Delorme, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. II, p. 418.

de la pie-mère très distendus par du sang noir. Pas d'épanchement sanguin à la convexité du cerveau, ni d'exsudation séreuse ou purulente. A la base, couche de sang épanché, ayant quatre à six millimètres d'épaisseur en quelques points, s'étendant sur les côtés de la protubérance et jusqu'au chiasma des nerfs optiques. Sang coagulé dans le quatrième ventricule, l'aqueduc de Sylvius, le troisième et les ventricules latéraux. Aucune rupture vasculaire, mais l'artère basilaire et les artères de l'hexagone de Willis ont des parois épaisses; leurs trois membranes sont très distinctes. Sous l'interne, se trouve çà et là une matière blanche. Ce n'est pas une ossification véritable. Partout ailleurs, état normal (¹).

DCXLII° Obs. — Corroyeur, quarante-trois ans, bien musclé, sujet à la céphalalgie. 9 janvier, étourdissements, éblouissements, vue trouble, perte de connaissance, vomissements, évacuations alvines abondantes; céphalalgie très intense, dyspnée, toux, crachats un peu sanguinolents, douleur thoracique, strabisme, diplopie, langue libre, agitation; coucher à droite ou à gauche, jamais en supination; ni roideur, ni paralysie des membres; peau sensible, constipation, pouls lent et très faible. 12, tête renversée en arrière, sans roideur des muscles; mais elle ne peut être ramenée sans de vives douleurs. Pas d'érection. Douleurs dans le rachis, lancinantes aux lombes; yeux sensibles; pupilles dilatées, contractiles; délire. Le malade s'est levé, a marché avec le tronc roide et renversé en arrière. 15, le tronc se meut d'une seule pièce; le malade ne peut s'asseoir sur son séant; réponses justes, pouls normal. 16, délire intense, sensibilité émoussée. 17, décubitus sur le dos, altération des traits, soubresauts des tendons, renversement de la tête. Mort le 18. — Veines rachidiennes et sinus pleins de sang. Vaisseaux du cerveau et de la moelle distendus. Infiltration sous-arachnoïdienne séro-sanguinolente à la base des lobes et sur le cervelet. Un petit caillot de sang et de la sérosité se trouvent dans chaque ventricule. Face postérieure de la moelle recouverte par une large ecchymose sous-arachnoïdienne, excepté à la région cervicale. Pie-mère rachidienne rouge et injectée. Une petite quantité de sang est épanchée dans l'arachnoïde. Tissu de la moelle très sain. Organes thoraciques et abdominaux sains (²).

DCXLIII° Obs. — Homme, cinquante ans, sanguin, robuste, chagrins. 16 novembre, étourdissement, perte de connaissance, chute, et immédiatement hémiplégie gauche. Huit jours après, céphalalgie,

(¹) Graves, *Leçons de Clinique médicale*, trad. par Jaccoud, 1862, t. I, p. 658.
(²) Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 112.

léger délire, yeux larmoyants, face colorée, respiration gênée, pouls petit et faible, appétit, constipation, urine difficile, langue sèche tirée à droite (Leroux, à gauche Tabuteau); puis assoupissement, respiration bruyante, membres paralysés roides, coma, déglutition difficile. Mort le 31 décembre (quarante-sixième jour). — Beaucoup de sang infiltré dans l'arachnoïde, entre elle et la pie-mère sur l'hémisphère gauche, et à la partie supérieure et interne de l'hémisphère droit. Partie supérieure et interne du ventricule gauche et portion correspondante du corps calleux dilacérées. Un épanchement considérable de sang remplit les ventricules. Substance corticale de l'hémisphère droit offrant dans la partie inférieure une couleur verdâtre; la substance médullaire a une couleur grisâtre (1).

DCXLIV° Obs. — Homme, cinquante ans, cou court, embonpoint. Avril, le matin, mort subite. — Trente grammes de sang liquide épanché dans le tissu sous-arachnoïdien; soixante grammes dans les ventricules latéraux et médian, moitié liquide, moitié coagulé. On ne trouve pas de rupture vasculaire, mais l'artère basilaire est rétrécie au niveau de la naissance des cérébrales postérieures; elle est triplée de volume au dessous de l'obstacle (2).

DCXLV° Obs. — Religieuse, cinquante-cinq ans, tempérament sanguin. Depuis longtemps céphalée, éblouissements, vertiges, palpitations de cœur; habitude des saignées négligée. Septembre, symptômes précurseurs de l'apoplexie. Saignée qui n'empêche pas l'attaque, suivie de mort une demi-heure après. — Dure-mère très épaisse. Sinus longitudinal supérieur présentant à l'intérieur plusieurs points d'inflammation; il est élargi, ainsi que les sinus latéraux, qui sont vides. Épanchement de sang considérable autour du cerveau, du cervelet, de la moelle allongée; le sang a pénétré dans les anfractuosités. Vaisseaux de la pie-mère très dilatés. Ventricules latéraux dans l'état naturel, ainsi que les plexus choroïdes. Gros caillots dans les troisième et surtout quatrième ventricules, très dilatés. Les vaisseaux qui partent du cercle artériel et pénètrent dans le cerveau sont sensiblement élargis et anévrysmatiques (3).

DCXLVI° Obs. — Homme, cinquante-huit ans, faisant abus de tabac; il tombe subitement. Immobilité, insensibilité, pâleur; teint jaune, qui passe de suite; salive écumeuse. Mort en un quart

(1) Leroux, *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 184. — Tabuteau, dans Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 405.

(2) Prus, *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. XI, p. 37.

(3) Boucher, *Ancien Journal*, t. XLVI, p. 541.

d'heure. — Sang coagulé dans la pie-mère, sur la partie antérieure du cerveau. Caillot de sang dans les ventricules latéraux. Plexus choroïde sain, mais rouge (¹).

DCXLVII^e Obs. — Homme, soixante-onze ans. Janvier, malaise, sans fièvre, ni dyspnée, ni assoupissement. Face rouge, tête chaude, mobilité des membres. Pas d'engourdissement ni de fourmillement. Le malade répond mal. Pouls faible, délire tranquille, coma, mort. — Engouement pulmonaire. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, une couche de caillots recouvrait toute la surface cérébrale, pénétrait dans les anfractuosités; ils étaient plus nombreux sur les lobes antérieurs du cerveau et sur les deux lobes latéraux du cervelet. Caillots dans les ventricules latéraux et moyen. Ventricule droit très distendu à sa partie antérieure. Tumeur du volume d'une aveline, arrondie, dure, à collet rétréci, logée dans le plancher du même ventricule; elle faisait saillie dans cette cavité. Prus suppose que c'était un anévrysme; il y avait des couches fibrineuses. Il pense que c'est une branche de la cérébrale moyenne, mais cela n'a pas été constaté positivement (²).

Deuxième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes et des ventricules du cerveau.*

DCXLVIII^e Obs. — Militaire, vingt-trois ans, robuste, sanguin; il tombe soudain à la renverse le 23 janvier, à huit heures du matin. Supination, immobilité, léger opisthotonos, intelligence abolie, sensibilité profondément émoussée. Face pâle, alternativement stupéfiée et grimaçante du côté droit. Paupières demi-closes; pas de strabisme, pupilles contractées et immobiles. Trismus, paralysie buccale du côté droit, écume sur les lèvres, sensibilité éteinte dans les organes des sens. Respiration rare, haute, singultueuse; râle trachéal, bruyant; pouls 40-45, presque filiforme; résolution complète des membres; mouvements cloniques du bras droit, suivis de collapsus; main gauche fixée aux parties génitales. Peau chaude, humide. (Saignée.) Mort à onze heures. — Méninges livides; leurs vaisseaux sont engorgés d'un sang à demi-coagulé. Suffusion hémorrhagique sous la pie-mère, au voisinage de la faux. Beaucoup de sang à la base baignant la moelle allongée. Caillots consistants sur les tubercules quadrijumeaux et au point d'émergence du nerf facial. Hémorrhagie considérable dans les ventricules latéraux, moyen et cérébelleux. Plexus choroïdes pleins de sang. A la partie antérieure du

(¹) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. II, nº 19.
(²) Prus, *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. XI, p. 26.

ventricule latéral gauche, dans la substance cérébrale, vaste foyer apoplectique, qui est venu s'écouler au dehors. Cette cavité anfractueuse, de 5 à 6 centimètres dans ses diamètres latéral et vertical, contient environ 70 à 80 grammes de sang noirâtre, coagulé; ses parois ne paraissent pas déchirées, mais refoulées et résistantes ([1]).

DCXLIX[e] Obs. — Femme, petite et maigre, cinquante ans, mère d'une nombreuse famille. A la fin d'octobre, céphalalgie intense et vomissements; plus tard, perte du mouvement de la main gauche, sans perte de la sensibilité. Le lendemain, bouche déviée à droite, pouls petit et faible. Quinze jours après, la malade paraissait guérie. 15 février, état d'insensibilité partielle. Elle avait pu marcher avec un aide; elle essaie de répondre, mais n'articule pas les mots, et ne peut se faire comprendre. Elle tombe dans le coma, et meurt le lendemain. — Épanchement considérable de sang dans le ventricule latéral gauche, dans le droit et sous le cervelet. De plus, dans le lobe moyen gauche, se trouve une cavité oblongue, de deux pouces de long, tapissée par une membrane brunâtre, résultat d'une précédente extravasation. Les parois sont formées par la substance du lobe, ramollie dans l'épaisseur d'un huitième de pouce ([2]).

DCL[e] Obs. — Homme, soixante ans, symptômes de congestion; en outre, délire loquace, mais embarras de la parole; irascibilité, affaiblissement de la vue; paralysie incomplète, puis complète, des membres inférieurs; sensibilité intacte, ensuite exagérée; pouls lent. Somnolence, évacuations involontaires, mouvements automatiques des membres supérieurs. État stationnaire pendant deux mois; alors, hémiplégie droite complète, sensibilité toujours exaltée, stupeur; parole très gênée, contracture du coude et du genou droits, coma, perte complète de la parole. Mort. — Cicatrice linéaire sur le plancher supérieur du ventricule droit; ramollissement et épanchement sanguin récent à l'extrémité postérieure du ventricule droit et dans la corne postérieure du lobe du même côté; vaste foyer ayant détruit presque complètement la corne postérieure gauche et la portion du lobe cérébral qui forme le plancher inférieur du ventricule latéral du même côté. Foyer hémorrhagique voisin en voie de cicatrisation; enfin, autre foyer hémorrhagique siégeant dans la corne antérieure du lobe cérébral gauche sur les confins de la grande scissure médiane ([3]).

([1]) Sonrier, *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 56.

([2]) Gregory Forbes, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1862, t. XIII, p. 7.

([3]) Laborde, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1859, 3e série, t. I, p. 66, — et *Gazette médicale*, 1859, p. 466.

DCLI^e Obs. — Homme, soixante-quatre ans, porté à l'Hôtel-Dieu le 8 janvier. Abolition de la parole, respiration avec râle trachéal; pouls petit et presque insensible; résolution générale, perte de la sensibilité. Mort le 9. — Vaste foyer sanguin dans le lobe antérieur droit. Les quatre ventricules sont remplis de sang liquide ([1]).

DCLII^e Obs. — Femme, soixante-cinq ans, mère de quatre enfants, de vie régulière, ayant eu quelques atteintes de dérangement mental. Il y a sept ans, légère attaque d'apoplexie. En septembre dernier, vertiges, assoupissement, mais pas de perte de connaissance. Stupeur. Quelques instants après, insensibilité, décubitus dorsal, face pâle et sans expression; mains froides, respiration naturelle; pouls 120, petit et faible; pupilles dilatées et insensibles à la lumière. Le lendemain, agitation, délire (bouche affectée par le mercure). Neuvième jour, retour de la raison, réponses justes. Trois semaines après, la contenance était celle d'un long état de souffrance. Parole lente et imparfaite, intelligence parfois comme absente. Pas de céphalalgie ni de vertiges, mais douleur au dos et à la partie inférieure de l'abdomen. Sensibilité de la peau et motilité des membres conservées; celle-ci cependant ne s'exerçant pas sans quelque difficulté. Pouls 100, résistant; ventre libre, vessie distendue par l'urine. Le deuxième jour de ce nouvel état, yeux fixes, hagards; prononciation imparfaite, paroles incohérentes, coma, et mort le troisième jour. — Dure-mère adhérant au crâne; une once et demie de sang noir et coagulé répandu sous l'arachnoïde viscérale, sur l'hémisphère droit et à la base du cerveau. Pie-mère infiltrée de sang; en divers autres points, ses vaisseaux fort injectés. Un large caillot de sang d'une once environ se trouve dans la partie antérieure de chaque lobe antérieur; ces caillots sont fermes, noirâtres et secs à leur centre; le gauche offre un kyste contenant du sang encore fluide. Substance cérébrale autour de ces foyers ramollie. Tous les ventricules contiennent des caillots mous et noirâtres. Cervelet sain. Beaucoup de sang épanché dans la pie-mère rachidienne, surtout vers le milieu de son étendue. La plus grande quantité de ce fluide est coagulé et noir, mais la pie-mère était tachée par du sang rouge. Il y a plus de sang épanché à la surface postérieure du cordon rachidien qu'à sa partie antérieure. Quelques caillots se trouvent dans la queue de cheval. Vaisseaux de la pie-mère très injectés dans le canal rachidien; quelques lamelles cartilagineuses se trouvent à la surface de cette membrane ([2]).

([1]) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 307.

([2]) Burrows, *On disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 92.

TROISIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des corps striés, des couches optiques et des ventricules du cerveau.*

DCLIII[e] OBS. — Fille, vingt-six ans, bronchite. 18 juillet, hémiplégie gauche, avec exaltation très grande de la sensibilité. Deuxième jour, coma, mutité, tête renversée en arrière, paupières fermées, yeux brillants et roulant convulsivement, pupilles contractées, surtout la droite. Déglutition presque impossible, défécation involontaire, peau chaude. Pouls 102, respiration peu gênée. Contractions involontaires dans le bras droit. Quand on pince la jambe gauche, c'est la droite qui se meut, et un peu la gauche. Mort le troisième jour. — Rigidité très prononcée. Deux onces de sérosité sanguinolente à la base du crâne. Infiltration séro-puriforme sous l'arachnoïde du lobe moyen gauche. Matière purulente liant le cerveau à la pie-mère en un point de ce lobe. Ramollissement de la voûte à trois piliers et du septum lucidum. Épanchement sanguin dans le ventricule droit, avec érosion du plancher de ce ventricule. Foyer hémorrhagique creusé entre le corps strié et la couche optique droits, teint en jaune et sablé de points rouges. Éminences nates et testes droites également sablées. Poumons tuberculeux. Ecchymoses de la surface interne de l'estomac et du cœcum ([1]).

DCLIV[e] OBS. — Homme, trente-huit ans, bien constitué. 23 novembre, à dix heures du matin, après déjeuner, vive affection morale, suivie de perte de connaissance et de vomissement. Trois heures après, stupeur profonde, pupille droite dilatée, pupille gauche resserrée; toutes deux immobiles. Visage pâle, respiration par moment stertoreuse; pouls rare, plein, ferme. Légère roideur comme tétanique des membres, qui restent immobiles. Mort à onze heures du soir. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux de la tête. Trois onces de sang liquide dans les ventricules latéraux; large érosion, avec perte de substance, à la partie postérieure du ventricule gauche. Érosion semblable sur la couche optique droite. Large cavité dans la partie externe du corps strié droit, à sa jonction avec l'hémisphère, contenant cinq à six onces de sang noir coagulé, sans communication avec les ventricules. Parois molles, inégales, anfractueuses, d'un rouge-brun ([2]).

DCLV[e] OBS. — Tanneur, quarante-cinq ans, vigoureux, abus des liqueurs spiritueuses, surtout depuis trois semaines (deux enfants morts dans les convulsions). 9 février, après un repas frugal, dou-

([1]) Bally, *Clinique*, 1829, octobre, t. III, p. 130.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 21.

leur vive à la région pariétale gauche, langue embarrassée, paroles inintelligibles et incohérentes, vomissement, yeux hagards, cris, agitation, contractures, insensibilité. L'agitation persiste et augmente, suivie de stupeur. Vue trouble; pupilles resserrées, encore mobiles. Langue et lèvres sèches, fuligineuses; constipation, vomissement, pouls 72, sensibilité et motilité abolies dans les membres gauches. Mort le 20. — Méninges saines; piqueté de la substance blanche de l'hémisphère droit. Beaucoup de sérosité sanguinolente dans le ventricule latéral droit, qui renferme dans son étage inférieur un caillot mou d'un gris-noirâtre, du volume d'un œuf, et complètement libre. Parois du ventricule injectées. Perforation du septum, qui est mou, violacé. Il existe un caillot dans le corps strié (1).

3e SOUS-DIVISION.

HÉMORRHAGIES DU CERVELET.

Les affections du cervelet ont attiré l'attention de plusieurs observateurs. Serres s'est occupé, dès l'année 1822, des hémorrhagies de cet organe, et a surtout signalé les rapports de cette lésion avec l'état des organes sexuels (2). M. Andral a réuni plusieurs observations recueillies avec une grande exactitude (3). Flourens a distingué l'apoplexie du cervelet en superficielle et profonde. A la première appartiendrait une simple instabilité ou un défaut d'énergie dans l'action musculaire, et à la seconde un désordre plus complet des mouvements (4). Récemment, M. Hillairet a publié un travail intéressant sur les hémorrhagies cérébelleuses (5). MM. Leven et Ollivier ont aussi rapporté des faits relatifs à ces hémorrhagies dans leurs recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet (6).

Je divise les hémorrhagies de cet organe selon les parties

(1) Voisin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1854, p. 63.

(2) *Journal de Physiologie* de Magendie, 1822, et *Anatomie comparée du cerveau*, t. II, p. 215.

(3) *Clinique médicale*, t. V, p. 659.

(4) *Journal général*, 1828, 3e série, t. XI, p. 101.

(5) *Archives*, 1858, 5e série, t. II, p. 149.

(6) *Archives*, 1862, 5e série, t. XX, p. 513.

qu'elles affectent, comme je l'ai fait pour le cerveau, afin de rendre plus saillantes les différences symptomatologiques qui pourront surgir de cet examen comparatif.

Les faits sont ainsi distribués :

1° Hémorrhagie de la substance corticale du cervelet;

2° — du lobe droit de cet organe;

3° — de son lobe gauche;

4° — de sa région centrale;

5° Hémorrhagies du cervelet dont le foyer s'ouvre dans le quatrième ventricule;

6° Celles dont le foyer s'ouvre à la fois dans ce ventricule et à la surface du cervelet.

§ I. — Hémorrhagie de la substance corticale du cervelet.

DCLVI^e Obs.— Homme, trente-deux ans. Hémorrhagies buccale et nasale. Anémie. — Sang infiltré sous le péricarde, sous la muqueuse de l'intestin grêle, etc. A la surface du cervelet, on voit un grand nombre de petites taches ou plaques rouges, rondes, disséminées dans la substance grise des lamelles; il y en a très peu dans la substance blanche du cerveau [1].

DCLVII^e Obs. — Femme, quarante-deux ans. Depuis trois mois, céphalalgie profonde à droite; faiblesse des membres inférieurs et du bras gauche, puis paralysie; intégrité des sens, de l'intellect; réponses lentes, mais justes. En mars, étourdissement, somnolence, paralysie du côté gauche de la face. Mai, paralysie des membres gauches. Juin, perte de l'intellect. Mort. — Trois onces de sérosité dans les ventricules. A la surface inférieure du cervelet, entre la pie-mère et l'arachnoïde, épanchement sanguin étendu transversalement. Le cervelet offrait une érosion à la base de son hémisphère droit, ayant sept lignes de largeur et une et demie de profondeur. Elle se trouvait près de l'appendice vermiforme [2].

DCLVIII^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, grand, maigre, de bon appétit, irascible. Juin, le matin, vomissements; il peut marcher, soutenu sous les aisselles. Injection de la face et des conjonctives, dilatation des pupilles, parole impossible. Pas de conscience des impressions, mouvements des deux bras, sensibilité conservée.

[1] Trochon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, n° 6, p. 169.

[2] Brunet, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1822, t. II, p. 266.

Urines involontaires. Pas d'érection, pas de convulsions, coma. Mort au bout de quarante-huit heures. — Vaisseaux de la tête congestionnés. Épanchement sanguin le long de la grande scissure horizontale du cervelet, substance grise déchirée dans toute cette étendue. Le sang a pénétré dans l'épaisseur de l'organe, ainsi divisé en deux parties : l'une supérieure, l'autre inférieure ([1]).

DCLIXe Obs. — Homme, mort d'apoplexie, sans avoir présenté de lésion des fonctions génitales. — Épanchement sanguin considérable à la surface et dans la substance grise du cervelet ([2]).

Ces quatre observations forment des types fort différents. L'une présente les conséquences d'une disposition hémorrhagique générale, et les effusions sanguines qui se sont comme fortuitement trouvées sur le cervelet n'ont provoqué aucune manifestation symptomatologique spéciale. Une autre observation, bien qu'offrant une lésion particulière de la substance corticale et de la périphérie du cervelet, semble se rattacher plus directement au lobe sur lequel la maladie a pris naissance. Déjà, en effet, on remarque l'hémiplégie qui signale cette localisation.

La troisième offre de l'intérêt par la position superficielle de l'épanchement sanguin, par sa direction horizontale, et par la nature des symptômes : vomissements, absence de paralysie, lésion de l'intelligence et de la parole.

§ II. — Hémorrhagie du lobe droit du cervelet.

DCLXe Obs. — Garçon de sept ans et demi, vif, emporté, sujet aux épistaxis; il a joué ayant la tête nue à l'ardeur du soleil. Tout à coup, après un accès de colère, douleurs intolérables dans les parties inférieure et postérieure du crâne, cris. Mort au bout d'un quart d'heure. — Quelques légères traces d'inflammation dans l'oreillette droite et dans une partie de l'estomac. Vaisseaux cérébraux gorgés de sang. Le lobe droit du cervelet contient une once de sang récemment coagulé, renfermé dans une cavité formée aux dépens de la substance du cervelet ([3]).

([1]) Hillairet, *Archives*, 1858, 5e série, t. XI, p. 156.
([2]) Caffort, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 133.
([3]) Sédillot, *Journal général*, 1813, t. XLVII, p. 375.

DCLXI^e^ Obs. — Fille, dix-huit ans. Attaque d'apoplexie suivie d'amaurose, sans autre paralysie, et de douleurs de tête habituelles. Embonpoint considérable. Mort d'indigestion, au bout de deux ans. — Ancien foyer apoplectique dans le lobe droit du cervelet ([1]).

DCLXII^e^ Obs. — Fille, vingt-un ans. Gastrite chronique. Attaque subite d'apoplexie, connaissance revenue au bout d'une heure. Paralysie du côté gauche, vue conservée, pupilles contractées, stupeur; parole facile, réponses nettes; langue tirée à droite. Sensibilité diminuée dans les membres gauches. Pas de contracture. Pouls 75, respirations 30 à 34. Coma. Mort le troisième jour. — Foyer apoplectique dans le centre de l'hémisphère droit du cervelet, cavité pouvant loger un œuf, tissu environnant rouge et ramolli, injection des vaisseaux de la pie-mère; peu de sérosité dans les ventricules ([2]).

DCLXIII^e^ Obs. — Corroyeur, trente-trois ans, forte constitution. Il y a dix huit mois, après s'être fait couper les cheveux, céphalalgie pendant cinq ou six semaines; c'était à la fin de l'hiver. Printemps et été, bien portant. 14 septembre, douleur de tête très vive, persistant jusqu'au 27 avril; alors, céphalalgie plus forte, générale, avec exaspération; air hébété. Pas d'autre symptôme; peu d'appétit. A la fin de mai, déviation de la bouche à droite pendant cinq à six jours. Affaiblissement de la vue à gauche; le malade voit, de ce côté, des nuages et des petits corps voltigeants; pupilles légèrement dilatées, peu sensibles; ouïe dure à gauche, joue gauche peu sensible. Engourdissement et fourmillement douloureux au bras gauche, avec diminution de force et de sensibilité; la déglutition s'opère bien. Mouvements du cou difficiles et pénibles par la douleur du dos et de la nuque; la céphalalgie devient atroce dans la nuit, l'intellect est affaibli; pouls normal; mobilité et sensibilité des membres inférieurs, mais le malade reste au lit; il passe deux mois dans cet état; puis, cécité, assoupissement, coma, râle pendant trois jours, et mort. — Aplatissement des circonvolutions. Beaucoup de sérosité dans les ventricules. Les deux cornes d'Ammon sont ridées, rugueuses, comme macérées. Tumeur enkystée du volume d'un œuf de pigeon dans le centre et vers la base du lobe droit du cervelet. En dedans de cette tumeur, deux petits caillots sanguins fibrineux de la grosseur d'une noisette; autour de ces caillots s'était organisée une membrane celluleuse assez dense. Substance cérébrale environnante un peu ramollie, sans injection sanguine ([3]).

([1]) Michelet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 59, p. 18.
([2]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 659.
([3]) (Service de Récamier.) *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 306.

DCLXIV[e] Obs. — Homme, trente-huit ans. Mars, symptômes d'affection organique du cœur; attaque subite d'apoplexie; coma, insensibilité et paralysie musculaire, surtout à gauche; respiration stertoreuse; pouls dépressible, non fréquent, irrégulier. Mort au bout de dix-huit à vingt heures. — Hémisphère droit du cervelet transformé en une poche remplie de sang noir. Dilatation des deux oreillettes. Valvule tricuspide dure, épaissie. Valvule mitrale cartilagineuse. Valvules aortiques ossifiées à leur base, etc. (1).

DCLXV[e] Obs. — Homme, maréchal des logis. 4 février, après des excès vénériens, brusque mouvement giratoire suivi de perte de connaissance avec convulsions et vomissement. Après un certain temps, retour de l'intelligence, céphalalgie intense, qui persiste le lendemain et jours suivants, avec grande faiblesse des membres. Le 7, de bonne heure, vomissements, selles involontaires, délire, face couverte de plaques rouges livides, yeux fixes, brillants, et strabisme convergent. Idée confuse de ce qui s'est passé et de l'état présent; réponses cependant assez justes, mais brèves et suivies de divagations. De temps à autre, expression de terreur, comme par une hallucination, suivie de mouvements convulsifs et d'efforts comme pour s'échapper, en se portant invariablement à gauche; puis affaissement sur le dos et roideur à la nuque; membres inférieurs en quart de flexion, déjetés à gauche; membres supérieurs sensibles, agités, imitant la carphologie, ou portés à la face et menaçant de la déchirer, ou saisissant les mains des assistants en essayant de les mordre. Respiration, déglutition faciles; nausées, langue non déviée, température générale abaissée. Dans la journée, aggravation; face grimaçante, bouche déviée à gauche, léger grincement de dents, parfois mouvement comme pour fumer la pipe. Déglutition devenue difficile, selles involontaires, mains portées au cou comme pour le dégager, membres droits plus agités que les gauches, lesquels sont souvent dans un état de contracture. Le soir, sueur générale, face colorée, agitation moindre, yeux ouverts, regard fixe; le malade n'entend ni ne répond. Mort le 8, à deux heures du matin. — Il n'y a eu, pendant cette courte maladie, ni éjaculation, ni érection; mais huit heures après la mort, le pénis était en demi-érection. Vaisseaux des méninges très distendus par le sang au sommet du crâne et vers l'occiput. Cerveau normal; mais les coupes sont parsemées de gouttelettes de sang. Ventricules vides. Vaisseaux de la surface du cervelet très gorgés de sang. Cet organe est volumineux; sa substance grise a une teinte rosée. Dans le centre du lobe droit, épanchement de sang à demi-coagulé contenu dans une cavité de la dimension d'une

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 661.

noix. Les parois de cette cavité sont à peine ramollies; mais elles sont très injectées jusqu'à deux millimètres environ. Les autres parties du cervelet présentent l'état sablé déjà reconnu dans la substance du cerveau (1).

DCLXVI^e Obs. — Homme, quarante-cinq ans. Pendant quatre mois, douleur violente à la région occipitale et à la nuque, avec rigidité des muscles; douleur augmentée par la pression. Cécité de l'œil gauche; paralysie faciale gauche. Faiblesse, fourmillement des membres gauches. Deux mois après, somnolence, coma et mort. — Cinq ou six onces de sérosité dans les ventricules du cerveau. Le lobe droit du cervelet renferme un kyste séreux du volume d'un œuf de poule, et, à côté de ce kyste, sont plusieurs caillots très denses agglomérés, circonscrits par un autre kyste (2).

DCLXVII^e Obs. — Imprimeur, cinquante-deux ans, tempérament nerveux, amaurose depuis plusieurs années. Céphalalgie temporale, fièvre. (Antiphlogistiques; mieux.) Deux ans après, chagrins, caractère irritable, intellect engourdi, mémoire affaiblie. En avril, dans la nuit, nausées, syncope, pouls misérable, sueur froide et visqueuse, douleur, chaleur et gêne à l'occiput. Pas de paralysie; mouvements brusques, puis troubles intellectuels. Désirs vénériens prononcés, mais qui cessent assez vite; ensuite, marche peu solide, comme celle d'un homme ivre. Apathie, somnolence, douleurs vives à l'occiput, faiblesse, nausées, vomissement, agitation, frisson convulsif, coma. Mort. — Vaisseaux de la surface du cerveau gorgés de sang noir. Circonvolutions cérébrales affaissées, sans consistance, de couleur jaune sale, ainsi que les nerfs optiques, lesquels sont ramollis depuis le chiasma jusqu'au point d'émergence. Quelques plaques de ramollissement à la surface externe du mésocéphale. La partie antérieure de l'hémisphère droit du cervelet est convertie en une masse pulpeuse ayant, au centre, un caillot de la grosseur d'un œuf de poule, dû à la rupture de l'une des cérébelleuses. Le ramollissement s'était étendu jusqu'au delà du centre du lobe médian du cervelet, et, en dehors, jusqu'à la surface de l'hémisphère. Les ventricules latéraux, surtout le droit, renferment du sang extravasé. Les artères du cerveau présentent une infiltration cartilagineuse et osseuse de leurs parois, surtout dans les vertébrales. La droite est dilatée, et la branche rompue présente de nombreuses plaques cartilagineuses (3).

(1) Laforêt, *Mém. de Méd. milit.*, avril 1865, et *Gaz. hebd.*, 1865, 2e série, t. II, p. 460.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 37e livraison, pl. V, p. 3.

(3) Rob. Dunn, *Med.-chir. Transactions*, 1849, t. XXXI, p. 107. (*Archives*, 4e série, t. XXII, p. 470, et *Annales médico-psychologiques*, 1850, t. II, p. 467.)

DCLXVIII^e Obs. — Femme, soixante ans. Attaque d'apoplexie; intelligence abolie, sensibilité générale anéantie; mouvements volontaires paralysés. Décubitus sur le côté droit, tête fortement inclinée de ce côté; yeux fixes, le droit dirigé en bas et en dehors, le gauche en haut et en dedans. Mort le deuxième jour. — Épanchement sanguin, du volume d'une petite châtaigne, dans le lobe droit du cervelet et dans le pédoncule cérébelleux du même côté ([1]).

DCLXIX^e Obs. — Cordonnier, soixante-huit ans, constitution faible, grand buveur; diverses affections légères, épistaxis, hémorrhoïdes, rhumatisme. 5 janvier, après avoir mangé et bu copieusement, il se sent étourdi, croit que son corps tourne, et, bientôt après, il *tourne* lui-même réellement; la rotation avait lieu de droite à gauche. La même nuit, hémiplégie du côté gauche; plus tard, le bras reprend un peu de force, et le malade peut travailler. Intempérance non interrompue; diarrhée, affaiblissement. Mort quatre mois et demi après l'attaque d'apoplexie. — Ulcération chronique du gros intestin. Au centre de l'entrée du pédoncule du cervelet, dans l'hémisphère droit de cet organe, excavation de neuf lignes de longueur sur cinq de largeur. Au pourtour de ce foyer, la substance blanche était jaunâtre, plus consistante que dans l'état naturel. Foyer traversé par une bride jaunâtre; il est divisé en deux petites loges : une antérieure et l'autre postérieure; la loge postérieure est enfoncée dans le cervelet et remplie par une matière de consistance de bouillie et de couleur brune; l'antérieure est remplie par une matière jaune-brune, entièrement détachée des parois de la caverne. Hémisphère droit du cervelet plus consistant que le gauche, et les radiations de la substance blanche ayant une légère teinte jaunâtre. Les autres parties saines ([2]).

DCLXX^e Obs. — Sage-femme, soixante-dix ans, replète, de petite stature, s'écriant : Je suis morte; immédiatement après, coma, vomissements, et mort au bout de quarante heures. — Caillot du volume d'un œuf de pigeon dans le lobe droit du cervelet ([3]).

DCLXXI^e Obs. — Homme, soixante-quinze ans, forte constitution. 16 août, perte subite de connaissance, chute; retour assez rapide de l'intelligence, mais faiblesse des jambes. Huit jours après, face colorée; point de céphalalgie; perte de la mémoire, réponses embrouillées, mouvements faciles des bras. Paralysie incomplète des membres inférieurs, qui peuvent se mouvoir, mais ne permet-

([1]) Nonat, *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 24.
([2]) Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1823, t. III, p. 135.
([3]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 341.

tent pas la station debout. Sensibilité de la peau maintenue; rétention de l'urine, qui s'écoule par regorgement. Point de douleur le long du rachis; battements du cœur forts, irréguliers, intermittents; souffle râpeux au premier temps. Tendance au coma, au subdelirium; fréquence du pouls. Urines alcalines, fétides; affaissement. Mort le 16 septembre. — Aucune lésion dans le rachis et la moelle. Méninges cérébrales un peu injectées; peu de sérosité dans les ventricules cérébraux. Dans le lobe droit du cervelet, foyer sanguin du volume d'une grosse noix, de forme sphérique, tapissé d'une fausse membrane mince, grisâtre, fragile, autour de laquelle le tissu du cervelet est sain. Le caillot est pulpeux et brunâtre. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur. Valvules aortiques contenant quelques noyaux d'ossification. Vessie malade, etc. (1).

DCLXXIIe Obs. — Femme, quatre-vingt-cinq ans, ayant eu beaucoup d'enfants, éprouve trois attaques d'apoplexie, les deux premières exemptes de paralysie. La dernière, en janvier, produit la perte du sentiment et du mouvement. Respiration profonde, sans stertor. Pouls naturel. Mort en seize heures. — Vaisseaux de la pie-mère pleins de sang. Sérosité sanguinolente dans le ventricule latéral gauche et dans le droit, sans lésion apparente des parois. Lobe droit du cervelet contenant, dans une cavité assez grande, du sang coagulé (2).

DCLXXIIIe Obs. — Curé de Saint-Germain-l'Auxerrois, mort d'apoplexie le 6 juin 1811, avec hémiplégie à gauche. — Épanchement sanguin dans la substance du cervelet du côté droit. Cœur volumineux. Anévrysme actif du ventricule gauche (3).

§ III. — Hémorrhagie du lobe gauche du cervelet.

DCLXXIVe Obs. — Fille, vingt ans, sujette aux maux de tête, devenus plus intenses pendant trois jours le matin, et ensuite continus. Constipation. 8 février, coucher sur le côté droit, tête penchée en avant, genoux fléchis et yeux fermés. Réponses à voix basse sans ouvrir les yeux et sans se remuer, de peur de provoquer un paroxysme de douleur. La lumière et le bruit fatiguent, mais la vue est bonne. Pouls 60, irrégulier; respiration 16. La douleur de tête s'étend du front au sinciput et à l'occiput. Ordinairement, une main est placée sur le front, et pendant les paroxysmes, l'autre est appli-

(1) Forget, *Gazette médicale*, 1838, t. VI, p. 789.

(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. LX, n° 6.

(3) Heurtault, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1811, n° 120, p. 104.

quée contre l'occiput. Ces paroxysmes arrivent fréquemment, subitement et sans cause appréciable. Cet état dure trois jours, et se termine brusquement par la mort. — Deux onces de sérosité claire dans les ventricules latéraux et dans le troisième, sans ramollissement ni inflammation. Dans la substance du lobe gauche du cervelet se trouve un caillot de la grosseur d'une noix, un peu aplati, noir et mou. Il occupe le centre du lobe, mais il s'étend vers le quatrième ventricule, dont il n'a pas rupturé la membrane interne. Parois du foyer polies, d'un rouge-noirâtre. Pas de lésion des vaisseaux ni des autres organes (1).

DCLXXVe Obs. — Femme, vingt-six ans, couturière, constitution faible, détériorée. Depuis huit mois, gastro-entérite chronique. Tout à coup, cette femme tombe sans connaissance, et ne reprend ses sens qu'au bout de deux heures. Elle demande à boire, mais elle a perdu le mouvement des membres droits. Le lendemain, face injectée, pupilles contractées; vue, intelligence conservées; prononciation nette, mais traînante. Bouche non déviée. La langue sort en droite ligne; la résolution des membres droits est complète, la sensibilité y est très obtuse. Pouls 80, respiration accélérée; évacuations involontaires. Troisième jour, coma; pas de réponses; sensibilité diminuée à gauche; râle à grosses bulles. Mort le soir. — Longs caillots fibrineux dans les sinus. Injection sous-arachnoïdienne. Substance médullaire fortement sablée, de consistance normale. Peu de sérosité dans les ventricules. Dans le lobe gauche du cervelet, cavité irrégulièrement ovalaire (œuf de pigeon) remplie d'un sang fluide, au milieu duquel nagent de petits caillots très mous et des débris de la substance nerveuse. La substance environnante n'avait pas changé de consistance (2).

DCLXXVIe Obs. — Blanchisseur, cinquante ans, mélancolique, vie régulière; hémorrhoïdes supprimées depuis dix ans. Tournoiement de tête. Août, marche forcée, il dort au soleil pendant deux heures. Engourdissement, pesanteur de la jambe droite. La nuit suivante, perte de connaissance, insensibilité, vomissement. La connaissance revient, mais il reste de la stupeur. Face rouge, respiration très lente, menaces de suffocation; pouls intermittent; paralysie du côté droit; cependant, mouvements légers du bras quand on l'excite, mais jambe immobile et roide; pupilles resserrées et très sensibles à la lumière. Mâchoires serrées. Le soir, lèvres violacées, déglutition impossible; quelques mouvements des muscles de

(1) W. H. Broadbent, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1861, t. XII, p. 19.
(2) Duplay, *Archives*, nov. 1836, 2e série, t. XII, p. 262.

la face. Mort au bout de vingt-quatre heures après l'invasion. — Cavité à la base de l'hémisphère gauche du cervelet, contenant demi-once de sang; bords inégaux. Pas de déchirure au dehors, ni de sang dans le ventricule, ni d'inflammation autour du foyer. Cerveau intact des deux côtés (¹).

DCLXXVII° Obs. — Couturière, cinquante-six ans. 28 avril, en se mettant au lit, perte de connaissance et chute. Le 30, décubitus dorsal, immobilité, stupeur; pouls 90, régulier; respiration facile, résolution générale, mais non complète; paupières abaissées; commissure labiale gauche plus basse que la droite; langue non déviée. Sensibilité obtuse. Quand la malade est excitée vivement, elle prononce quelques mots, comme pour demander à boire; bientôt après, somnolence, résolution. Hémorrhagie intestinale, amélioration. 20 mai, coma, embarras de la respiration, écume à la bouche. Mort. — Lobe droit du cervelet ayant son aspect normal. Lobe gauche aplati, affaissé, ayant des déchirures à son bord postérieur, où se trouvent des caillots très mous. Ce lobe est creusé d'une grande cavité irrégulière, anfractueuse, pleine de sang coagulé. L'hémorrhagie s'est étendue en traversant le lobe médian jusqu'au lobe droit, par une traînée parallèle au bord postérieur (²).

DCLXXVIII° Obs. — Homme, soixante-dix ans. 27 avril, à sept heures et demie du matin, étourdissement, perte de connaissance, chute. Un quart-d'heure après, retour de la connaissance, vomissement de matières verdâtres. 28, face colorée, yeux brillants, sensation de pesanteur des membres, dont la motilité persiste, dont la force est égale des deux côtés. Vertiges, céphalalgie. Sensibilité, intelligence intactes, réponses nettes. Pouls très développé, régulier, 50; respiration normale. (Saignée, soulagement.) Agitation momentanée dans la journée. Le soir, décubitus en supination, yeux immobiles dirigés en haut et à droite. Pupilles un peu dilatées et insensibles. Le malade ne peut montrer sa langue. Résolution, insensibilité des membres. Le pincement de la peau fait grimacer la face et ouvrir les paupières. Le contact de la conjonctive les fait fermer. Légère déviation en haut de la commissure labiale gauche. Déglutition difficile; pas de selles ni d'urines. Pouls 80, respiration un peu stertoreuse, 40 inspirations. 29 avril, légère contracture des membres supérieurs, pouls 120. Mort dans la nuit suivante. — Congestion des méninges, injection des vaisseaux cérébraux et cérébelleux. A la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet, vaste dépression remplie de deux cuillerées de sang liquide et coagulé. L'épanchement

(¹) Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1822, t. II, p. 258.
(²) Richard-Maisonneuve, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 510.

s'étend jusqu'aux parties latérales de la protubérance et du bulbe. Pas de sang dans le quatrième ventricule. État athéromateux de toutes les artères de la base du crâne, principalement du tronc basilaire ([1]).

DCLXXIXe Obs. — Femme, soixante-onze ans, bonne santé habituelle, mais marche pénible. Le 11 juillet, à six heures du soir, tout à coup, oppression violente, accompagnée d'anxiété, sans perte de connaissance. A huit heures, vomissements, puis évacuations involontaires. Le 12, oppression, agitation extrême sans mouvements convulsifs. Parole facile. Mouvements libres, mais locomotion impossible. Pouls 80. Phénomènes à peu près négatifs par l'auscultation et la percussion thoraciques. Pupilles contractées, vue conservée. 13, décubitus sur le côté droit, jambes et bras fléchis. Pas de paralysie. Mort le 25 (quatorzième jour). — Certaine quantité de sérosité épanchée sous l'arachnoïde, dans sa cavité et dans les ventricules. Pie-mère peu injectée et se détachant facilement des circonvolutions cérébrales, qui sont petites et assez consistantes. Vaisseaux de la substance médullaire assez développés. Lobe gauche du cervelet transformé en une vaste cavité pouvant contenir un œuf de poule, complètement remplie par un caillot noirâtre très consistant. Ce foyer s'étend par le pédoncule cérébelleux supérieur jusqu'aux tubercules quadrijumeaux. Poumons emphysémateux. Caillot volumineux dans les cavités droites du cœur. Parois du ventricule un peu hypertrophiées. Ventricule gauche rétréci. Valvules tricuspide et mitrale épaissies, mais non ossifiées ([2]).

DCLXXXe Obs. — Femme, soixante-quatorze ans, robuste, deux cataractes, toux et dyspnée habituelles, tendance à l'assoupissement, parole nette. Tout à coup, perte de connaissance, décubitus sur le dos, carus profond, face non déviée, paupières rapprochées, pupilles resserrées et mobiles. Salive écumeuse, résolution des membres; quelques mouvements des membres gauches quand on pince la peau, ainsi que du bras droit; la jambe droite reste immobile. Respiration bruyante et longue; pouls élevé, dur, un peu fréquent; hoquet, urines involontaires. Mort huit heures après l'invasion des accidents. — Vaisseaux méningiens injectés. Cerveau peu consistant. Lobe gauche du cervelet transformé en une cavité remplie de sang coagulé; parois d'épaisseur variable, frangées, imprégnées de sang. Cœur volumineux. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche; concrétions calcaires à la fin de la crosse de l'aorte ([3]).

([1]) Aug. Ollivier, *Mémoires de la Société de Biologie*. (*Gazette médicale*, 1863, p. 775.)
([2]) Fauvelle, *Bulletin médical du nord de la France*, 1864, p. 5.
([3]) Cazes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, n° 3, p. 31.

DCLXXXI[e] Obs. — Homme, soixante-quatorze ans, robuste, tempérament sanguin, abus des spiritueux. Depuis deux ans, céphalalgie, étourdissements, vertiges, faiblesse de la vue, mémoire diminuée, embarras de la parole, fourmillements dans les doigts, congestions céphaliques passagères. 3 février, céphalalgie intense, vertiges, éblouissements, nausées, vomissements, prostration, station impossible; décubitus dorsal, face rouge, yeux ternes, pupilles très resserrées; impossibilité de contracter les buccinateurs et l'orbiculaire des lèvres. Goût, ouïe, odorat conservés. Voix faible. Mouvements du tronc et des membres lents, faibles, mais pas de paralysie. Sensibilité générale conservée, intelligence intacte, parole lente; céphalalgie occipitale vive; pouls 80, mou, irrégulier. Coma, insensibilité. Mort le quatrième jour. — Méninges épaisses. Sérosité roussâtre dans l'arachnoïde. Pie-mère injectée. Sang et sérosité dans les fosses cérébelleuses. Caillot de sang du volume d'une noix dans la partie antérieure et inférieure du lobe gauche du cervelet, s'étendant jusqu'au lobule du pneumo-gastrique. Parois du foyer ramollies; cerveau sain ([1]).

DCLXXXII[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans, stupeur, paralysie complète des membres droits. Au bout de quelques jours, coma, résolution générale des membres, et mort deux jours après. — Infiltration sous-arachnoïdienne; assez grande quantité de sérosité dans les ventricules. Dans l'hémisphère gauche du cervelet, cavité qui peut contenir une grosse noix; déchirure à la partie postérieure externe de la circonférence et épanchement de sang dans la fosse cérébelleuse. Le sang du foyer hémorrhagique est coagulé; la cavité est tapissée par une membrane d'une ligne d'épaisseur. Substance cérébelleuse environnante non altérée. Hypertrophie du cœur; ossification des valvules aortiques ([2]).

DCLXXXIII[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans. Il y a un an, attaque d'apoplexie ayant laissé une hémiplégie incomplète du côté droit et de la difficulté dans la prononciation. Quelques jours avant la mort, nouveaux symptômes apoplectiques. — Kyste hémorrhagique ancien dans le lobe gauche du cervelet. Ramollissement récent de la partie postérieure de l'hémisphère droit ([3]).

DCLXXXIV[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans. Février, vomissements, perte de connaissance, immobilité de la tête, œil droit dévié en dehors, yeux sensibles; sensibilité générale conservée, battements du cœur intermittents, bruits de souffle râpeux à la base.

([1]) Hillairet, *Archives*, 1858, 5[e] série, t. XI, p. 165.
([2]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 663.
([3]) (Service de M. Piorry.) *Lancette française*, t. II, p. 302.

Le lendemain, retour de l'intelligence; questions entendues, mais réponses inintelligibles; mouvements des membres possibles. La langue est montrée avec hésitation. Tendance de la tête à se porter en arrière. Le quatrième jour, chute; le cinquième, quelques paroles pour demander de la nourriture; sixième, affaiblissement, mouvements du bras droit presque impossibles, résolution du bras gauche, renversement de la tête en arrière, mort. — Foyer hémorrhagique récent du volume d'une noix dans le lobe cérébelleux gauche, s'étendant vers la ligne médiane jusqu'au vermis inferior. Induration calcaire des valvules sigmoïdes. Aorte athéromateuse, ainsi que les artères de la base du crâne (1).

DCLXXXV° Obs. — Femme, quatre-vingts ans. Février, perte subite de connaissance, vomissements, retour de l'intelligence, réponses lentes, sensibilité conservée. Deuxième jour, respiration embarrassée, station impossible, chute. Troisième jour, coma, selles nombreuses, vomiturition continuelles, pupilles égales. Mort le quatrième jour. — Dans le lobe cérébelleux gauche, vaste cavité remplie de sang coagulé, rapprochée de la face inférieure, et empiétant un peu en arrière sur le lobe droit, qui offre un piqueté assez considérable (2).

§ IV. — Hémorrhagies siégeant dans les lobes droit et gauche du cervelet.

DCLXXXVI° Obs. — Garçon, quinze ans, travaillant dans une fabrique de sucre à râcler les betteraves. Il y a trois mois, douleurs au front et le long du rachis, bourdonnements d'oreilles; affaiblissement de la vue, surtout de l'œil gauche. Pupilles un peu dilatées. Marche difficile; faiblesse des jambes, tendance à se porter à gauche. Tout à coup, dans la nuit, en septembre, douleurs de tête violentes, cris, agitation, puis le sommeil reprend. Le lendemain, vomissement, décubitus sur le ventre, pas de réponses, paupières gonflées, yeux larmoyants, salive écumeuse; néanmoins, possibilité de se tenir un instant sur les genoux. Respiration calme, état comateux. Mort. — Ventricules cérébraux distendus par beaucoup de sérosité. Hémorrhagie dans les hémisphères du cervelet plus étendue à droite qu'à gauche. Ramollissement pultacé des parois de ce foyer, et petites granulations, s'écrasant avec facilité sous le doigt, ayant quelque analogie avec les tubercules miliaires (3).

(1) Vulpian. (Mémoire de MM. Leven et Ollivier, *Archives*, 5e série, 1862, t. XX, p. 706, — et Lanoix, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1863, n° 69, p. 29.

(2) Vulpian. (Mémoire de MM. Leven et Ollivier, *Archives*, 5e série, 1862, t. XX, p. 707.)

(3) Fleury, de Clermont-Ferrand, *Gazette médicale*, 1856, p. 50.

DCLXXXVII° Obs. — Homme, soixante ans, buveur, vertiges fréquents suivis de chute. Coloration vive de la face. Mort subite après avoir dîné. — Membres supérieurs fortement contractés. Épanchement séreux dans l'arachnoïde, infiltration gélatiniforme de la pie-mère. Granulations lenticulaires dans les plexus choroïdes, avec quelques petits grumeaux de sang. Caillot volumineux dans le cervelet s'étendant dans les deux lobes, surtout dans le gauche (1).

DCLXXXVIII° Obs. — Ancien militaire, soixante-six ans, adonné à toutes sortes d'excès (vin, eau-de-vie, femmes). Porté en mars, à l'Hôtel-Dieu, dans un état de stupeur et de paralysie, bouche légèrement déviée à droite. Mort trois heures après. — Membres roides, fortement contractés; commissure droite des lèvres portée en dehors. Beaucoup de sang noir s'écoule du crâne. Sous l'arachnoïde, sérosité abondante. Vaisseaux méningiens développés; méninges épaissies, résistantes, se détachant bien du cerveau. Vaisseaux cérébraux très injectés, substance cérébrale molle. Beaucoup de sérosité dans le ventricule latéral droit. Septum lucidum déchiré. Une grande quantité de sang est accumulée dans les fosses occipitales inférieures. Cervelet rouge, injecté; sang coagulé entre l'arachnoïde et le cervelet. Vers la partie postérieure du lobe gauche, la substance de cet organe est rouge, blanche, grisâtre, désorganisée, mêlée de sang fluide coagulé. A droite, il y a aussi un foyer bien formé de sang en partie fluide, en partie concrété, se prolongeant profondément en avant, et circonscrit par une substance rouge, fauve, grisâtre, du cervelet ramolli. Hypertrophie du cœur gauche. Organes génitaux très développés (2).

DCLXXXIX° Obs. — Femme: Mélancolie, monomanie, céphalalgie, sensibilité de l'œil droit exagérée. A soixante-six ans, en novembre, après quelques atteintes de douleur frontale à droite, attaque violente, perte de connaissance, urine involontaire, cris plaintifs, salive écumeuse. Au bout de quelques secondes, retour de l'usage des sens, quelques paroles sont prononcées, des mouvements sont exécutés par les quatre membres, vomissement d'un liquide jaunâtre, déglutition impossible; tête tirée à droite, langue inclinée du même côté, ainsi que la commissure des lèvres; mains agitées, coma, résolution des membres. Mort au bout de onze heures. — Vaisseaux cérébelleux très injectés. Le lobe droit du cervelet et une partie du gauche contiennent un large foyer apoplectique rempli de caillots

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. II, n° 22.

(2) Communiquée par Lallemand à Guillemin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 100, p. 15.

fibrineux. La substance nerveuse environnante est infiltrée de globules sanguins et d'hématosine [1].

DCXC° Obs. — Femme, soixante-douze ans, constitution robuste. Janvier, étourdissement, perte de connaissance, chute. Pas de paralysie. Pâleur, yeux fermés, pas de strabisme, pupilles contractées; voix nulle, mais son rauque et entrecoupé, signe de douleur; assoupissement, toutefois possibilité d'un réveil qui permet de sortir la langue, laquelle s'avance en ligne droite, et rentre quand le médecin l'ordonne; décubitus en supination, peau jaune, sensibilité de la peau des bras et des jambes conservée, agitation des membres, chaleur médiocre; pouls petit, non fréquent; respiration facile, sans toux ni hoquet; vue, ouïe, conservées; intellect affaibli. Déglutition facile, miction difficile. Sensibilité exagérée des membres, qui s'agitent; douleur à la nuque, mouvements convulsifs. Mort le cinquième jour. — Flexion très forte du bras et de la main droites. Sinus pleins de sang, arachnoïde cérébrale épaissie, cerveau dense et injecté; assez grande quantité de sérosité dans les ventricules et dans le septum lucidum. Vaisseaux du cervelet fortement injectés, artères provenant du tronc basilaire ossifiées. Épanchement de sang considérable dans la substance du cervelet s'étendant dans les deux lobes, mais sans effusion à la surface ni dans le ventricule. Parois du foyer comme lacérées. Sang coagulé à l'intérieur du foyer et liquide du côté des parois; sa quantité est de quatre à cinq onces. Ovaires et utérus volumineux, gorgés de sang [2].

DCXCI° Obs. — Femme, soixante-douze ans. Hémiplégie droite datant de quinze ans, sans perte de connaissance, puis intellect obtus et parole confuse. En janvier, mort subite dans le lit, à deux heures après minuit. — Rigidité cadavérique. Crâne congestionné. Effusion de sang dans le tissu du lobe gauche du cervelet vers sa face inférieure; un caillot adhère aussi à la face inférieure de la tente du cervelet du côté droit. Consistance normale du cerveau; sérosité dans les ventricules, avec un petit caillot flottant dans chacun. Ramollissement du tissu du cervelet. Artères basilaire et cérébrales athéromateuses et très fragiles, dépourvues d'incrustations calcaires. Ventricule gauche du cœur un peu hypertrophié, graisse abondante à la surface de cet organe. Aorte et artères cardiaques athéromateuses, à un moindre degré que les artères cérébrales [3].

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 456.
[2] Bayle, *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 70.
[3] W. Boyd Mushet, *On Apoplexy*. London, 1866, p. 25.

§ V. — Hémorrhagie de la région centrale du cervelet.

DCXCII[e] Obs. — Jeune femme; après avoir remué vivement et agité sa tête pour amuser un enfant, perte de connaissance, vomissements, marche chancelante. Quelques mois après, perte de la vue, douleur sourde à l'occiput, mouvements convulsifs, pas de troubles intellectuels. Mort. — Caillot de sang ancien, dur, du volume d'une noix, dans la partie centrale du cervelet, baignant dans deux onces de sérosité citrine renfermée dans un kyste (1).

DCXCIII[e] Obs. — Homme, trente-deux ans. Avril, excès de boissons et de coït, immédiatement suivi d'attaque apoplectique. Face rouge, tête chaude, pouls très fort et fréquent, 90; respiration entrecoupée, lente, 9 à 11; perte de connaissance; par temps, mouvements convulsifs et roideur tétanique pendant trois ou quatre minutes. Érection, parties génitales très chaudes; extrémités froides. Mort dix heures après l'entrée à l'hôpital. La rigidité de la verge a cessé quatre heures avant la mort. — Légère phlogose des tubercules quadrijumeaux antérieurs, plus prononcée aux postérieurs. Processus cerebelli ad testes et processus vermiculaire supérieur d'un rouge vineux présentant trois ou quatre petits foyers. Dans le noyau des processus cerebelli ad testes, foyer plus considérable pouvant contenir une balle de fusil (2).

DCXCIV[e] Obs. — Femme, trente-trois ans, couturière, réglée à vingt ans, mais déjà livrée aux excès vénériens poussés à leur dernière limite et aux boissons spiritueuses. A vingt-neuf ans, on brûle le clitoris, sans résultat. A trente-deux, démence et phthisie. Mort. — Induration dans l'appendice vermiforme supérieur et inférieur du cervelet, avec quelques petites ulcérations à bords durs et jaunâtre. Fonds tapissé par une membrane épaisse. Dans les petites cavités, sérosité jaunâtre. Ramollissement du cervelet au devant du vermis superior. Substance du cervelet rouge et indurée autour des appendices vermiculaires. Artères cérébelleuses et pelviennes très volumineuses (3).

DCXCV[e] Obs. — Homme, trente-six ans, charpentier. Portant des poutres sur la tête, il éprouve des vertiges, une céphalalgie intense, et il tombe sans connaissance. Il garde le lit pendant quinze jours; puis travaille, mais sent de la pesanteur de tête. Six mois après,

(1) Childs, *Boston Journal*, t. XVII. (*Union médicale*, 1858, p. 584.)
(2) Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1822, t. II, p. 173.
(3) Serres, *idem, ibidem*, p. 262.

sensation passagère d'engourdissement et de fourmillements dans le côté droit du corps, vertiges, céphalalgie par accès répétés. Froid, puis chaleur au vertex, perte de connaissance, cris, convulsions, vomissements. Quinze jours après cet état, pupille droite dilatée, peu sensible à la lumière, paupière supérieure abaissée; vue, ouïe, odorat, goût diminués du côté droit. Membres droits faibles, mais assez mobiles; leur sensibilité diminue; ils sont flasques. Au tronc et à la face, la sensibilité est normale des deux côtés. Tendance des convulsions à se fixer du côté droit. Les accès se répètent avec des cris perçants; ils cessent quand le vomissement commence, et ils reviennent lorsque le malade essaie de se lever. Pas de désir sexuel. Intelligence libre; pouls 65; appétit bon. Cet état persiste pendant cinq semaines. A la fin, strabisme de l'œil droit, coma. Mort. — Quatre onces de sérosité dans les ventricules latéraux, plus dans le gauche que dans le droit. Septum lucidum ramolli. Surface de la couche optique et des cornes postérieures des ventricules ramollie, surtout à gauche. Troisième ventricule distendu; sa surface ramollie. Au milieu de la partie antérieure du cervelet (monticulus cerebelli), caillot de sang de la grandeur d'une noix, situé immédiatement au-dessous des méninges. Ce caillot se trouve dans une cavité tapissée d'une couche mince de fibrine, sur la ligne médiane, mais à droite, dépassait d'un tiers, c'est à dire de quatre lignes. La valvula anterior cerebelli est attaquée, mais l'arachnoïde est intacte, et le sang n'a pas pénétré dans le ventricule (¹).

DCXCVIe Obs. — Potier de terre, quarante-deux ans, robuste, constitution apoplectique, cou court, grand mangeur, buveur, adonné aux femmes; flux hémorrhoïdal supprimé, blennorrhagie; accès de colère. Janvier, perte de connaissance, face rouge, tuméfiée, vomissements, érection, éjaculation, stupeur, cou tuméfié; région occipitale brûlante; respiration courte, lente, inégale; pouls fort, plein, dur, fréquent; œil injecté, pupilles contractées, sensibilité et motilité conservées aux membres. Un peu d'amélioration sous l'influence des émissions sanguines. Le soir, paroxysme, stertor. Troisième jour, pas d'érection, affaiblissement, pupilles dilatées, immobiles. Mort. — Protubérance occipitale externe saillante. Sinus gorgés de sang, ainsi que les vaisseaux de la pie-mère. Cervelet volumineux; ses artères sont très développées. Substance de cet organe corrodée dans sa partie antérieure. Sur les bords de cette déchirure, quelques grumeaux sanguins, et, de là, pénétration dans une caverne hémorrhagique située au centre du cervelet, étendue à droite et un peu plus à gauche dans les hémisphères, et sans com-

(¹) Huss, *Stockholm Cliniq.* (*Gazette médicale*, 1843, t. XI, p. 77.)

munication avec le quatrième ventricule. Substance du cervelet rouge et d'un aspect marbré autour du foyer. Poumons gorgés de sang. Estomac phlogosé. (Cet individu n'avait que six vertèbres cervicales. La septième était devenue dorsale, parce qu'il y avait treize côtes de chaque côté.) (1)

DCXCVII° Obs. — Homme, quarante-deux ans. Il y a huit ans, fièvre typhoïde; depuis, aliénation mentale, mouvements choréiques de tous les membres et de la langue; marche analogue à celle d'un homme ivre. Coordination des mouvements des bras, moins pervertie qu'aux membres inférieurs. Force des mains conservée. Parole extrêmement embarrassée. Ouïe dure, vue très affaiblie; pas d'idées délirantes. Mort par diphthérite maligne. — Pie-mère injectée, se détachant sans entraîner des parcelles de substance corticale, qui est plus colorée qu'à l'ordinaire. Toile choroïdienne, glande pinéale, aqueduc de Sylvius, bulbe rachidien, protubérance annulaire, pédoncules cérébraux, tubercules quadrijumeaux, face inférieure du cervelet et nerfs olfactifs, de couleur jaune d'ocre, due à de nombreux granules d'hématosine. Nerfs optiques d'un gris rose et de consistance fibreuse. Tubercules quadrijumeaux ramollis. Dans l'hémisphère gauche du cervelet, kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon, teint en jaune et contenant de la sérosité. Dans la partie médiane et supérieure du même organe, tumeur du volume d'une noisette remplie de petites concrétions hématiques, les unes jaunâtres, les autres noirâtres, résultant d'extravasations sanguines de diverses dates (2).

DCXCVIII° Obs. — Homme, quarante-six ans; mai 1818; pas de renseignements sur les antécédents; assoupissement, respiration altérée; par moments mouvements spasmodiques généraux, paroxysmes avec respiration courte, inégale; pouls fort, dur, fréquent; érection, et même éjaculation; coma profond, trismus, roideur comme tétanique des membres, convulsions. Mort le lendemain de l'entrée du malade à la Pitié. — Ouverture faite vingt-sept heures après la mort. — Cadavre encore chaud. Cervelet gros, d'un rouge vif. Quelques gouttes de sang entre les sillons de la surface supérieure. Toute la substance médullaire est très rouge. Trois foyers apoplectiques : l'un en arrière, près du processus vermiformis; le deuxième, plus volumineux et plus antérieur, se rapprochant de la ligne médiane; le troisième, situé à la partie antérieure et supérieure du cervelet. En outre, la substance du processus vermiculaire

(1) Serres, *Journal de Physiologie de Magendie*, t. II, p. 252.
(2) Brunet, *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1864, t. LVIII, p. 627.

supérieur offre des rudiments de petits foyers. Les tubercules quadrijumaux, surtout les postérieurs et le processus cerebelli ad testes, sont phlogosés. Organes thoraciques gorgés de sang noir ([1]).

DCXCIX[e] Obs. — Ancien militaire, cinquante-deux ans, tempérament sanguin, caractère vif, excès de table, et surtout de femmes. A cinquante et un ans, accès de colère, forte congestion cérébrale. Depuis cette époque, trouble intellectuel, parole embarrassée, appétit augmenté. Cinq ou six mois après, nouvelle congestion, puis insomnie, aliénation mentale, délire ambitieux, idées lascives; marche chancelante, appétit vorace, érections et pollutions fréquentes; évacuations involontaires. 20 août, mouvement impossible, face d'un rouge violacé, respiration stertoreuse; pouls petit, fréquent; hémiplégie gauche; main droite appliquée sur le pénis, qui est en érection. Mort le lendemain. — Embonpoint notable du cercle supérieur. Maigreur prononcée des extrémités inférieures. Développement très marqué des organes génitaux. Demi-once de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Infiltration séreuse sur cette membrane, qui est épaissie. Pie-mère injectée. Sérosité dans les ventricules latéraux. Cervelet plus développé que dans l'état ordinaire. Processus vermiculaire supérieur très saillant, contenant un foyer sanguin, qui s'étend vers les lobes cérébelleux. En enlevant le caillot, on trouve les parois de la cavité recouvertes d'une substance d'un blanc jaunâtre, manifestement ramollie, confondue avec le tissu du cervelet ([2]).

DCC[e] Obs. — Fille, cinquante-trois ans, maîtresse d'école, très active. Depuis deux ans, sensation de vague, d'embarras, de chaleur dans la tête; diminution de la mémoire, surtout de celle des mots, disposition au sommeil après le dîner. 13 mars, insensibilité subite, déglutition impossible, respiration stertoreuse, face pâle, pouls petit et faible, peau froide; pas de paralysie; quelques mouvements convulsifs dans les membres; pupilles non dilatées, immobiles, vomissements. Mort au bout de vingt-quatre heures. — Congestion des vaisseaux méningiens et cérébraux. Artères du cerveau épaissies, jaunâtres en divers points. Pas de rameau ouvert ou lésé. Caillot sanguin volumineux dans le cervelet, près du point où le pont de varole et les pédoncules cérébraux se joignent supérieurement et latéralement. La déchirure portait sur la partie supérieure de ces pédoncules et la portion voisine du cervelet ([3]).

([1]) Mance (service de Serres), *Journ. de Physiol.* de Magendie, 1822, avril, t. II, p. 179.

([2]) Guiaud, de Marseille, *La Clinique des Hôpitaux*, 1827, t. I, nº 70.

([3]) Adams, *Dublin quarterly Journal of med. Science*, 1846, nov. (*Archives*, 4e série, t. XIII, p. 103.)

DCCI[e] Obs. — Homme, soixante ans. Depuis deux ou trois ans, maux de tête. Il y a seize mois, céphalalgie plus intense; tout à coup, marche difficile; quelques pas désordonnés, chute en avant; depuis, progression opérée comme en sautant; vacillation ou chute par défaut de coordination des mouvements. Pas de convulsions, ni de contracture, ni de paralysie. Intellect intact, mémoire conservée, sensibilité normale des deux côtés. Déglutition difficile des liquides; pas de vomissements. Appétit génital notablement excité et fréquemment satisfait; néanmoins, l'embonpoint a augmenté. Face injectée, pouls normal, pas de rétention ni d'évacuation involontaire des urines et des matières stercorales. Sens intacts, pupilles naturelles. Récemment, délire, fièvre, orthopnée, lividité de la face. Mort. — Vaisseaux cérébraux très gorgés. Cerveau ferme, injecté. Le cervelet semble, à l'extérieur, normal; mais l'éminence vermiforme du lobe moyen est proéminente; elle renferme un corps dur, d'un noir uniforme, tirant un peu sur le jaune, ayant, dans son diamètre antéro-postérieur, trois centimètres et demi, dans le diamètre transverse, deux centimètres, et, en hauteur, un centimètre et demi. Il est parfaitement limité au lobe médian, enveloppé par une membrane lisse et très mince. Ce corps, entouré de tous côtés par la substance cérébrale, proémine dans le quatrième ventricule, dont il efface la partie inférieure en même temps qu'il déprime le bulbe rachidien en cet endroit. Sur les côtés, il efface les valvules de Tarin, et repousse, en dehors et en bas, les lobules tonsillaires. Ce corps est stratifié et formé par un épanchement sanguin ancien, lequel n'est plus constitué que par la partie solide du sang (1).

DCCII[e] Obs. — Femme, soixante-douze ans, bien portante, bien musclée, n'ayant jamais montré de penchant manifeste pour l'amour physique. 11 janvier, tout à coup, étourdissements, perte de connaissance, chute, pas de paralysie. Le soir, face pâle, sans déviation, yeux fermés, pupilles contractées; de temps en temps, cri rauque, indice de douleur; assoupissement, d'où la malade est tirée quand on l'appelle fort; elle sort la langue, qui ne se dévie pas. Sensibilité et motilité des quatre membres; agitation, stupeur, somnolence; pouls petit, non fréquent; ni toux, ni hoquet; vue et ouïe intactes, mais intellect affaibli, déglutition facile. Les 13 et 14, mouvements désordonnés et convulsions des membres inférieurs, douleur à la nuque. Mort le 15. — Beaucoup de sang dans les sinus. Arachnoïde cérébrale épaissie. Cerveau dense, injecté. Sérosité dans les ventricules et dans la cavité du septum. Cervelet très vasculaire; ses vaisseaux sont injectés et comme variqueux. Artères provenant de la

(1) Martineau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 244.

basilaire ossifiées. Quatrième ventricule vide, mais légèrement teint de sang. Dans le centre du cervelet, dont le volume n'est pas augmenté, épanchement sanguin qui s'étend autant d'un côté que de l'autre. Substance du cervelet déchirée et profondement altérée. Quatre onces de sang liquide à la surface et coagulé à l'intérieur. Pas de rupture à l'extérieur ni dans le ventricule. Ovaires gonflés, gorgés de sang; leurs veines variqueuses. Utérus volumineux, mou; ses vaisseaux très engorgés, très larges; sa cavité rougeâtre, comme ecchymosée, contenant un gros caillot. Vagin injecté ([1]).

DCCIII[e] Obs. — Femme, surchargée d'embonpoint, âgée de soixante-seize ans, atteinte de paralysie; elle tombe sans mouvement, privée de toute sensibilité; pupilles très resserrées et immobiles, respiration ample, profonde, déglutition impossible, pouls intermittent, dur, irrégulier, face pâle, etc. Mort le lendemain. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux de la tête. Trois à quatre onces de sérosité sanguinolente dans chacun des ventricules latéraux. Dans le cervelet, deux onces de sang noir caillé et frais. Artère basilaire et ses ramifications parsemées de points cartilagineux ([2]).

§ VI. — Hémorrhagies du cervelet dont le foyer s'est ouvert dans le quatrième ventricule.

L'une des premières observations relatives à cette série est due à Willis; mais elle est très vague. Elle se borne à relater qu'une femme ayant perdu plusieurs enfants de convulsions, et un quatrième étant mort de même, on trouva du sang coagulé dans le ventricule du cervelet ([3]). Un autre fait, rapporté par Serres, manque de renseignements cliniques. C'est une apoplexie cérébelleuse ayant son siége dans le lobe tonsillaire. Le lobule avait été détruit presque en totalité par le foyer, et le sang s'était épanché dans le quatrième ventricule. On remarqua que les parties génitales étaient développées ([4]).

Ces simples indications, que j'ai cru devoir mentionner, sont trop incomplètes pour compter parmi les observations.

([1]) Romet (service de Hallier-Winslow), *Revue médicale*, 1824, t. II, p. 70.
([2]) Ralkem, dans *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 120.
([3]) *Opera*, t. I, p. 220, édit. de Venise, 1720.
([4]) Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, t. II, p. 261.

DCCIV[e] Obs. — Homme, cinquante ans, entré à la Pitié. État apoplectique; érection du pénis. Mort. — Développement considérable des parties génitales. Membres roides. Beaucoup de sang dans les vaisseaux cérébraux. Dans le centre du vermis superior, large foyer s'étendant à droite et à gauche dans les hémisphères, rempli par un caillot sanguin. Processus cerebelli ad testes très rouges; le quatrième ventricule contient du sang (1).

DCCV[e] Obs. — Femme, cinquante-trois ans, tempérament sanguin, petite taille, père mort d'apoplexie, bien portante. Le 2 septembre, trouvée morte dans son lit. — Épanchement considérable de sang dans le crâne, paraissant provenir du quatrième ventricule; déchirure du cervelet, formant une grande cavité remplie d'un caillot du volume d'un œuf de poule. Cœur volumineux, ventricule gauche épais; quelques ossifications des valvules aortiques (2).

DCCVI[e] Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, tempérament sanguin, adonné au vin et aux femmes. Avril, somnolence, agitations momentanées; perte de connaissance, érection. Face vultueuse, stupeur. Respiration courte, suspirieuse, 13, 14 inspirations. Pouls plein, fort, fréquent, 80; hémiplégie à gauche, surtout de la jambe; agitation spasmodique à droite. Saignée, suivie du retour de la connaissance. Le soir, paroxysme très fort; pouls 94; insensibilité. Satyriasis, éjaculation abondante, râle. Deuxième jour, face violacée, respiration rare, pouls petit, irrégulier; distorsion de la bouche, nouvelle éjaculation. Mort. — Vaisseaux cérébraux très injectés. Cervelet rouge, même la substance blanche; quelques parties du noyau des processus paraissaient corrodées, mais il n'y avait pas de foyer distinct. Sang noir et épais dans le quatrième ventricule provenant d'un foyer situé dans le centre de l'hémisphère droit, étendu transversalement, de plus de deux centimètres, ayant les bords frangés. Substance médullaire environnante injectée. Le sang a pénétré dans l'aqueduc de Sylvius. Protubérance annulaire phlogosée à la naissance de la cinquième paire, ainsi que l'éminence olivaire et le commencement de la moelle épinière (3).

DCCVII[e] Obs. — Homme robuste, cinquante-huit ans, mangeur et buveur. Attaque débutant par une grande céphalalgie, puis insensibilité. Stertor, paralysie complète; pas de convulsion. Pouls plein et fort, pupilles très contractées et immobiles. Cet état dure cinq

(1) Falret (Mémoire de Serres), *Journal de Physiologie* de Magendie, t. II, p. 250.

(2) Guillemin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 100, p. 9. — Le même fait est rapporté par Falret, *Journal de Physiologie* de Magendie, t. II, p. 265.

(3) Serres, *Journal de Physiologie* de Magendie, t. II, p. 176.

heures. Mort. — Épanchement dans le cervelet et le ventricule de cet organe de deux onces de sang coagulé. Le troisième ventricule en est aussi distendu, et les ventricules latéraux contiennent un peu de sang et de sérosité. Cerveau sain. La substance du cervelet offre des taches ecchymotiques (apoplexie capillaire). Le rein gauche contient de larges kystes, dont deux renferment des calculs d'oxalate de chaux. Il y a dans le bassinet un autre calcul envoyant des branches dans les calices. Cette maladie du rein n'avait pas été soupçonnée; mais on rapporta ensuite que le malade avait été sujet à des douleurs lombaires, et parfois à l'incontinence d'urine ([1]).

DCCVIII[e] Obs. — Femme, soixante-un ans; démence, d'ailleurs bonne santé. 2 juin, après le dîner, malaise, étourdissement, céphalalgie, avec torpeur; puis affaissement sans perte de connaissance et sans perte du mouvement des membres supérieurs et inférieurs. Seulement, la sensibilité y est obtuse, surtout à droite. Pouls rare et presque imperceptible, face décolorée. Le soir, aggravation successive, perte absolue de connaissance, insensibilité générale; mâchoires fortement serrées, légère déviation à gauche de la commissure labiale; paupières abaissées, immobilité complète des deux pupilles, résolution des membres; face toujours pâle; le pouls est devenu plein et fréquent; une veine ouverte donne 40 grammes d'un sang noir et visqueux. Le lendemain, la connaissance paraît un peu revenue; on n'obtient que quelques mots incompréhensibles. Vomissements. La sensibilité est rétablie aux membres inférieurs. Pupilles immobiles, pouls fort et plein. Le 4, sueur très abondante, respiration un peu sifflante, membres un peu sensibles; légère mobilité des bras, assoupissement, déglutition difficile. Le 5, respiration stertoreuse, strabisme externe des deux yeux. Mort le soir. — Injection très grande des méninges; quelques traces de suffusion sanguine dans la pie-mère; cerveau très injecté; ancien foyer hémorrhagique dans le corps strié gauche; ventricules latéraux remplis d'une sérosité sanguinolente. Vaste épanchement de sang dans le cervelet se présentant sous la forme d'un caillot, situé dans le quatrième ventricule et dans le corps même du cervelet, où il s'est creusé de chaque côté de la ligne médiane de petites cavités à parois ramollies ([2]).

DCCIX[e] Obs. — Homme, soixante-quatre ans, faiblesse des membres inférieurs. Le soir du 23 août, cet homme tombe privé de mouvement; il est pâle, ses yeux sont fermés, mais il les ouvre quand on l'excite. Peau froide, pouls 80, plein; bouche déviée,

([1]) Homans et Jackson, *American Journal of med. Science*, July 1852, p. 91.

([2]) Geoffroy, *Annales médico-psychologiques*, 1865, 4[e] série, t. VI, p. 463.

langue en partie hors de la bouche; respiration stertoreuse; paralysie des quatre membres, agités de temps à autre par des tressaillements ou des mouvements comme tétaniques. Quand on crie beaucoup à ses oreilles, il répond *oui* ou *non*, mais d'une manière à peine distincte. Déglutition impossible. Pendant qu'on le saigne, il vomit son dîner. Respiration lente, irrégulière; insensibilité, coma. Mort douze heures après l'attaque. — Pie-mère très injectée; quelques plaques de dépôt de lymphe sur la convexité des deux hémisphères. Substance cérébrale parsemée de points rouges. Sérosité dans les ventricules latéraux. Troisième ventricule contenant de la sérosité sanguinolente. Aqueduc de Sylvius distendu par un caillot. Sang épanché à la face inférieure du cervelet, plus spécialement à gauche. Quatrième ventricule plein de sang noir coagulé; la concavité du cervelet était déchirée, et le calamus scriptorius fendu longitudinalement à la profondeur de quelques lignes. On ne trouve pas de vaisseaux ouverts (1).

DCCXe Obs. — Ancienne religieuse, soixante-six ans, petite, mal conformée. Manie pendant plusieurs années, puis démence sans affaiblissement musculaire. Il y a deux mois, éblouissement, perte de connaissance suivie d'hébétude. Dix jours après, même accident. Récemment, nouvelle attaque, faiblesse, stertor. L'intelligence ne semble pas entièrement détruite, mais, à l'instant, pâleur livide de la face, immobilité, insensibilité des quatre membres; battements du cœur et du pouls imperceptibles. Mort en moins d'un quart-d'heure. — Forte injection des méninges et du cerveau. Dans le centre du corps strié gauche, deux cavités de très peu d'étendue et bien consolidées; un foyer voisin très petit contient du sang encore liquide. Un énorme caillot de sang remplit le quatrième ventricule; les deux lobes du cervelet sont comme triturés, et leur substance est mélangée avec la matière de l'épanchement (2).

DCCXIe Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans, démence sénile. 30 octobre, défaillance et chute sans perte de connaissance. Parole conservée, mais peu distincte. Marche impossible; cependant, mouvements assez libres. Le 31, vomissements, agitation; ni paralysie ni dérangement mental. 1er novembre, affaissement, parole presque nulle. Sensibilité générale diminuée. Selles et urines involontaires. Mort le 9. — Sous l'arachnoïde et dans sa cavité, épanchement séreux assez abondant. Suffusions sanguines à la périphérie du cerveau. Points cartilagineux dans les principales artères encéphaliques.

(1) Alex. Kilgour, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1840, t. LIII, p. 353.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 469.

Dans le lobe droit et une partie du lobe gauche du cervelet, énorme foyer hémorrhagique, qui s'est ouvert, et dans le quatrième ventricule, et à l'extérieur dans la fosse cérébelleuse droite. Sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux. Substance cérébrale saine. Poumons emphysémateux. Amas adipeux autour du péricarde et du cœur. Quelques points d'ossification aux valvules mitrale et aortiques (1).

Résumé des observations relatives aux hémorrhagies du cervelet.

I. Ces observations sont au nombre de cinquante-six, et se partagent ainsi :

1°	Hémorrhagies de la substance corticale du cervelet.	4
2°	— du lobe droit....................	14
3°	— du lobe gauche..................	12
4°	— des lobes droit et gauche..........	6
5°	— de la région centrale............	12
6°	Hémorrhagies du cervelet, avec rupture du foyer dans le quatrième ventricule..............	8
		56

II. La différence des sexes était peu tranchée. 29 individus du sexe masculin et 27 du sexe féminin.

III. L'âge précis est demeuré inconnu pour quatre individus. Les autres se classent ainsi :

1	enfant avait............	7 ans et 1/2.
3	sujets avaient..........	15, 18, et 20 ans.
2	—	21 et 26 ans.
6	—	de 31 à 40 ans.
7	—	de 41 à 50 —
10	—	de 51 à 60 —
9	—	de 61 à 70 —
13	—	de 71 à 80 —
1	individu avait.	85 ans.
52		

Ainsi, c'est dans la seconde moitié de la vie et jusqu'à l'extrême vieillesse que se trouvent les cas les plus nombreux.

(1) Fauvelle, *Bulletin médical du nord de la France*, 1864, p. 7.

IV. Je ne rencontre, dans les diverses séries, qu'un seul exemple d'influence héréditaire (DCCVI).

V. La constitution des sujets a été le plus souvent robuste, avec prédominence du système sanguin, parfois excitabilité nerveuse vive; mais quelquefois aussi, les malades étaient plus ou moins débiles, maigres, tristes, anémiques (DCLVI, DCLVIII, DCLXII, DCLXIX, DCLXXV, DCIX).

VI. Les effets fâcheux de l'exposition de la tête découverte à l'ardeur du soleil ont été notés (DCLX, DCLXXVI), ainsi que ceux d'un refroidissement de cette partie (DCLXIII) et de mouvements réitérés et brusques, s'agitant dans une direction gyratoire (DCLXV, DCXCII).

VII. Les excès de table et l'abus des spiritueux ont été signalés chez dix sujets. Les excès vénériens chez huit. Les accès de colère chez trois.

VIII. On a cité, parmi les antécédents pathologiques, des maladies organiques du cœur, deux cas de suppression d'hémorrhoïdes, une fièvre typhoïde, suivie de mouvements choréiformes (DCXCVII); l'aliénation mentale chez six sujets, et des attaques apoplectiques déjà anciennes, ayant laissé une paralysie de quelques membres ou l'embarras de la parole (DCLXXII, DCXCI, DCCIII).

IX. De nombreux phénomènes prodromiques ont été remarqués. Le plus fréquent est une céphalalgie soit générale, soit occipitale, soit temporale. On a mentionné des vertiges, des étourdissements parfois suivis de chutes, un certain trouble avec perte de la mémoire et quelque difficulté pour s'exprimer, l'excès ou le défaut de sensibilité des yeux, des fourmillements dans les doigts, et plusieurs fois un sentiment de faiblesse très prononcée dans les membres inférieurs rendant la marche difficile (DCLVII, DCLXXVI, DCLXXXVI, DCCIX).

X. L'invasion de la maladie a ressemblé, dans près des deux tiers des cas, à l'attaque ordinaire d'apoplexie, c'est à dire qu'elle a été marquée par une perte subite de connaissance; d'autres fois, elle a été successive (DCLIX), ou il y a

en défaillance et chute, sans suspension de l'action des sens (DCCXI), ou il est survenu quelque symptôme grave; le plus souvent, une violente céphalalgie (DCLX, DCLXXX, DCLXXXVI, DCCVII) ou des vomissements (DCLVIII), ou une forte oppression (DCLXXIX).

XI. Dans les cas très graves, la perte de connaissance s'est prolongée, l'encéphale n'a pas repris ses fonctions; mais quand la mort n'a pas été prochaine, l'intellect s'est réveillé, et même quelquefois a paru reprendre son état antérieur (DCLVII, DCLXXV, DCLXXVIII, DCLXXXI, DCCI); mais souvent, il a semblé obtus; la mémoire était affaiblie, la parole plus ou moins embarrassée. Toutefois, il n'y a pas eu, à proprement parler, d'aphasie. L'articulation des mots n'a été enrayée que par la suspension des fonctions cérébrales elles-mêmes, et, en général, hors ces cas, la parole a été assez libre.

XII. Les malades se sont plaints de souffrir plus ou moins de la tête, surtout vers l'occiput; néanmoins, ce symptôme n'a été noté que 11 fois.

XIII. Il n'y a eu que très rarement du délire, quelques hallucinations et un subdelirium (DCLXV, DCLXXI, DCCI); dans un cas, il y a eu délire ambitieux et idées lascives (DCXCIX).

XIV. La somnolence, l'assoupissement ont été observés dans une vingtaine de cas.

XV. Les yeux ont assez souvent subi l'influence de la lésion du cervelet. Ils ont été déviés, portés en haut, rendus saillants, brillants, etc. Le strabisme a eu lieu trois fois, la dilatation des pupilles cinq, leur resserrement dix; l'obscurcissement plus ou moins complet de la vue cinq fois. Dans un cas, tous les sens étaient émoussés d'un côté (DCXCV).

XVI. Des convulsions et des mouvements convulsifs ont été observés chez 10 malades; mais on a vu aussi des mouvements brusques, désordonnés, de l'agitation sans convulsion chez six individus, des tressaillements (DCCIX), des mouvements choréiques (DCXCVII), des spasmes de la face, avec grincement des dents (DCLXV); le resserrement tonique des

mâchoires (DCLXXVI, DCXCVIII), la contracture des membres supérieurs (DCLXXXVII), la rigidité du cou, avec traction de la tête en arrière (DCLXV, DCLXXXIV, DCXCIII, DCXCVIII). C'est moins de la moitié des malades qui a présenté des spasmes, en général limités et peu durables.

XVII. Les phénomènes qui se rattachent à la paralysie ont offert des particularités dont l'indication ne saurait être négligée. D'abord, on remarquera que les hémiplégies ne sont pas communes : il y en a eu cinq du côté droit et neuf du côté gauche. Les quatre membres ont paru paralysés six fois. En général, à l'inverse de ce qu'ont présenté les hémorrhagies cérébrales, les membres inférieurs ont été plus paralysés que les supérieurs. Maintenant, il faut ajouter une série assez nombreuse de cas, dans lesquels il n'y avait point de paralysie réelle; les membres pouvaient se mouvoir sous l'influence de la volonté; mais il y avait une faiblesse assez prononcée des muscles. Cette débilité portait spécialement sur les membres inférieurs, d'où résultaient le peu de solidité de la station debout, la difficulté, l'incertitude de la marche (DCLXVII, DCLXXI, DCLXXVIII, DCLXXIX, DCLXXXI, DCLXXXV, DCLXXXVI, DCXCII, DCXCV, DCXCVII, DXCIX, DCCI, DCCXI). Dans quelques cas, un défaut de coordination dans les mouvements dénotant qu'à la faiblesse se joignait le spasme et rendant la marche bizarre, désordonnée, sautillante (DCXCVII, DCCI).

XVIII. L'hémorrhagie cérébelleuse a souvent porté une atteinte grave à l'exercice de la sensibilité. 9 individus ont été totalement privés du sentiment; chez 4, la sensibilité a été émoussée; mais chez plus de 10, elle a été conservée intacte; elle a même parfois paru exagérée (DCLXIII, DCXC, DCXCV).

XIX. Le vomissement est un symptôme assez fréquent dans les hémorrhagies cérébrales. J'en compte quinze cas. La difficulté de la déglutition a eu lieu chez 7 sujets; les évacuations ont été involontaires chez un pareil nombre.

XX. La respiration a été quelquefois lente, courte, iné-

gale, gênée, suffocante, suspirieuse, stertoreuse. Ces diverses modifications ont été observées chez 11 malades.

XXI. Le pouls a été généralement plein, fréquent.

XXII. L'attention s'est portée sur l'état des organes génitaux quand on a soupçonné que le cervelet était le siége de la lésion. On n'a constaté que ceci : chez un malade de la deuxième série, il y a eu des désirs vénériens vifs, mais passagers ; chez 5 malades de la cinquième série, il y a eu excitation génitale, érection ou même éjaculation ; une femme de cette catégorie avait été atteinte de nymphomanie ; chez deux malades de la sixième, phénomènes analogues. Ainsi, chez 9 malades seulement, on a reconnu une influence exercée sur les organes sexuels, et je fais remarquer que cette excitation s'est surtout produite par la lésion de la région centrale du cervelet.

XXIII. La durée de la maladie est courte ou longue, selon le désordre opéré et selon diverses circonstances ; mais, le plus souvent, elle a été de quelques jours, comme le prouvent les chiffres suivants :

La mort a été subite	5 fois.
Elle a eu lieu d'une à vingt heures	8 —
D'un à vingt-deux jours	27 —
D'un à plusieurs mois	8 —
Au bout d'un à deux ans (DCLXI, DCLXXXIII, DXCIX, DCCI)	4 —
Après plus de deux années (DCXCV, DCXCVII)	2 —
	54 fois.

XXIV. La marche de la maladie a été continue ; mais, dans quelques cas rares, il y a eu une notable amélioration, retour de la force et possibilité de travailler (DCXCV). D'autres fois, si la vie s'est prolongée, c'est en laissant des traces plus ou moins profondes du désordre introduit dans les organes (DCXCVII), une hémiplégie (DCLXXXIII), une amaurose (DCLXI, DCXCII), un état de démence (DCXCIV).

XXV. Dans la plupart des cas, bien que l'hémorrhagie ait été bornée au cervelet, on a trouvé les vaisseaux des

méninges et ceux du cerveau plus ou moins gorgés de sang. Il y avait parfois une infiltration séreuse sous l'arachnoïde. Chez 14 sujets, les ventricules cérébraux contenaient une assez grande quantité de sérosité.

XXVI. Le cervelet a présenté parfois une augmentation générale de volume. La substance corticale de cet organe a été, dans un petit nombre de cas, le siége spécial d'une exsudation sanguine, avec ou sans déchirure profonde de son tissu; mais c'est surtout la substance médullaire des lobes latéraux et de la région centrale qui a recélé le plus souvent le foyer hémorrhagique.

XXVII. Le lobe droit a été affecté 14 fois, le gauche 12, les deux lobes l'ont été en même temps 6 fois. Le foyer hémorrhagique a formé une cavité plus ou moins large, pouvant contenir une noix ou un œuf. Cette cavité était inégale, anfractueuse, comme frangée, par suite de la dilacération subie par la substance médullaire; elle s'est quelquefois prolongée jusqu'au voisinage de la ligne médiane (DCLXXVII), ou jusqu'aux parties latérales du mésocéphale et du bulbe (DCLXXVIII), ou elle s'est creusée aussi dans les pédoncules cérébelleux jusqu'aux tubercules quadrijumeaux (DCLXXIX), ou dans le bulbe du pneumo-gastrique (DCLXXXI), ou enfin elle s'est ouverte à la surface du cervelet (DCLXXXII, DCLXXXVIII). Cette cavité a contenu du sang à demi ou entièrement coagulé. On l'a trouvée, dès la fin du premier mois et dans le second, tapissée par une fausse membrane celluleuse, épaisse (DCLXIII, DCLXXI); plus tard, des brides se sont formées, et l'ont partagée en loges distinctes (DCLXIX); un kyste, enfin, est venu prendre la place du foyer hémorrhagique (DCLXXXIII).

XXVIII. L'hémorrhagie de la région centrale du cervelet a quelquefois formé un foyer unique plus ou moins étendu; mais, parfois aussi, on y a trouvé plusieurs petites cavités hémorrhagiques (DCXCIII, DCXCIV, DCXCVIII). La substance encéphalique environnante, d'abord ramollie, s'est ensuite condensée. Le sang épanché s'est concrété; il s'est, dans

quelques cas, endurci, ou il a disparu complètement. Le point de la région centrale où le foyer hémorrhagique s'était creusé a souvent été le vermis superior.

XXIX. La rupture du foyer dans le quatrième ventricule a constitué une circonstance grave, qui, dans plusieurs cas, a hâté la mort. Il en était résulté une très grande cavité qui semblait avoir envahi tout le cervelet; le foyer s'est aussi parfois ouvert vers la surface de cet organe. Le sang, dans quelques circonstances, a pénétré dans l'aqueduc de Sylvius, et a pu arriver jusqu'au troisième ventricule (DCCVI, DCCVII), ou du moins en colorer la sérosité (DCCVIII).

XXX. On a constaté, chez quelques sujets, l'ampleur des artères cérébelleuses (DCXCIV), l'état osseux ou cartilagineux de la basilaire et de diverses autres artères (DCCII, DCCIII, DCCXI).

XXXI. On n'a trouvé le cœur volumineux, le ventricule gauche hypertrophié, les valvules aortiques pénétrées de points d'ossification, que dans peu de cas (DCCV, DCCXI).

XXXII. On a cru remarquer, en certaines occasions, que les artères pelviennes étaient volumineuses, les organes génitaux très développés, les ovaires gonflés et durs, l'utérus gros et mou (DCXCIV, DXCIX, DCCII, DCCIV).

XXXIII. Chez un sujet, les reins contenaient des calculs d'oxalate de chaux (DCCVII).

SÉRIES COMPLÉMENTAIRES. — *Coïncidences de diverses hémorrhagies avec celles du cervelet.*

Si les faits dans lesquels l'hémorrhagie du cervelet s'est montrée exempte de complication sont les plus propres à bien caractériser cette maladie, les cas dans lesquels des coïncidences diverses ont eu lieu méritent aussi d'être consultés, parce qu'ils peuvent ajouter quelques traits à l'histoire de la maladie. Ces coïncidences forment donc un complément fort utile.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des méninges, des lobes cérébraux et du cervelet.*

DCCXII[e] OBS. — Homme, soixante-dix ans, robuste; sa mère fut

atteinte de folie, lui-même est aliéné depuis vingt ans. A cinquante ans, embarras subit de la parole, grand désordre dans les idées, hallucinations, locomotion facile. Pendant dix-sept ans, affaiblissement de l'intelligence, mais assez de tranquillité. Récemment quelques symptômes de pneumonie, convalescence, appétit. Après déjeuner, malaise, vertiges, tintements d'oreilles; pesanteur aux tempes, au front; nausées, vomissements, pâleur, respiration suspirieuse; voix à moitié éteinte, faisant entendre ces mots : *Ma tête! Soutenez ma tête!* Pouls fréquent, plein. Au bout de trois heures, déglutition impossible, mais encore quelques signes d'intelligence. Cinq heures après, coma, yeux fermés, bouche entr'ouverte, respiration stertoreuse, aphonie, sensibilité presque éteinte, tressaillements musculaires convulsifs dans les membres, pouls tendu et plein, organes génitaux flasques et pendants. Mort quatorze heures après l'attaque. — Os du crâne durs et épais. Dans la cavité gauche de l'arachnoïde, kyste libre à sa face inférieure, greffé par la supérieure, dans l'étendue d'un centimètre, au feuillet séreux de la dure-mère, long de 11 centimètres et large de 5. Au point de l'implantation, la dure-mère est comme variqueuse extérieurement et pleine d'arborisations vasculaires d'un gros calibre. Le kyste a des parois solides, d'un aspect fibreux, parcourues par des vaisseaux ramifiés et remplis de sang. Il contient à sa partie inférieure une sorte de magma verdâtre, ancien dépôt de sang coagulé et altéré, et dans la partie la plus voisine de la dure-mère, une certaine quantité de sang liquide ou en voie de coagulation. La pie-mère, mince sous le kyste, est congestionnée sur le reste de l'hémisphère; elle n'adhère pas aux circonvolutions cérébrales. Les vaisseaux de la pie-mère sur l'hémisphère droit sont roides, terreux, cassants. Cerveau injecté. Une circonvolution du lobe moyen droit présente une tache jaunâtre, et au dessous un ancien foyer de quelques millimètres seulement, rempli de sérosité sanguinolente. Sur le lobe droit du cervelet, sous la pie-mère, large suffusion sanguine. Une fente de la substance de cet organe paraît avoir donné issue au sang. Un vaste foyer apoplectique, formé de sang à peine coagulé, existe dans le même lobe, et s'étend dans une partie du lobe gauche. Quelques caillots se trouvent dans le quatrième ventricule, dans le troisième, et dans le ventricule latéral droit. L'examen microscopique des matières contenues dans le kyste méningien fait voir dans le sang récemment coagulé de la fibrine amorphe et des globules sanguins; dans l'ancien dépôt, des cellules à queue longue, des globules sanguins aplatis, des fibres grisâtres, et une concrétion d'aspect calcaire (1).

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 463.

DEUXIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux et du cervelet.*

DCCXIII° OBS. — Fille, six ans, irritable, faible, ayant eu des éruptions pustuleuses, avait fait une chute un an avant; mais elle s'était rétablie. Coqueluche dissipée entièrement depuis cinq jours. Tout à coup, perte de connaissance, pupilles immobiles, yeux fermés; beaucoup d'écume à la bouche, qui est spasmodiquement resserrée; bras étendus et membres inférieurs fléchis sur l'abdomen. Mort au bout de vingt heures. — Tout le cerveau et le cervelet sont infiltrés de sang; chaque tranche présente l'aspect du purpura. La substance cérébrale est molle et presque diffluente ([1]).

DCCXIV° OBS. — Garçon, âgé de treize ans, exposé longtemps sans chapeau à l'ardeur du soleil. Pendant trois jours, accès épileptiques de quelques moments de durée, suivis de sommeil, puis de vertiges et de céphalalgie. Après quatre mois d'interruption, ces accès reviennent à des époques indéterminées pendant deux ans. Le dernier, suivi de coma, laisse une grande fréquence du pouls, des mouvements convulsifs de la face, des palpitations de cœur, de l'agitation, puis de l'insensibilité; la respiration était stertoreuse, et la mort survint le lendemain dans la soirée. — Veines de la partie supérieure du cerveau et du cervelet gorgées de sang. Vaisseaux de la base vides. A la partie supérieure du cerveau, la substance blanche est remplie de points noirs d'une largeur extraordinaire; leur nombre allait en diminuant de haut en bas. Le cervelet présente le même aspect, surtout d'un côté. Substance grise fortement colorée, et plus dans le cervelet qu'au cerveau, mais sans point sanguinolent. Veines du rachis injectées, moelle saine. Peu de sérosité dans l'arachnoïde. Pas d'autre altération dans l'encéphale ([2]).

DCCXV° OBS. — Maître-d'hôtel, quarante-neuf ans. Après des excès vénériens, il tombe sans connaissance; il revient un peu, et prononce quelques paroles; il remue mieux les membres gauches que les droits. Coma, perte de la vue et de l'ouïe, résolution des quatre membres, face injectée; pouls dur, fréquent; peau chaude, amélioration, yeux ouverts; intelligence un peu revenue, mais pas de réponses. Bouche déviée à gauche, langue s'inclinant à droite, mouvement dans les membres gauches; paralysie des membres

([1]) Jonas Abrweiler, *De nonnullis casibus morborum cerebri in clinico Bonnensi observatis*. Bonnæ, 1841, p. 3.
([2]) Joliah Allsop, *The Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1834, october, et *Archives de Médecine*, 2e série, t. VI, p. 547.

droits, surtout du mouvement. Pouls lent; respiration accélérée, non stertoreuse. Mort le troisième jour. — Vaste épanchement sanguin dans l'hémisphère cérébral gauche, s'étendant jusqu'au corps strié et à la couche optique, et s'ouvrant dans le ventricule. Second épanchement dans l'hémisphère droit du cervelet, qui en occupait plus de la moitié du côté de la face supérieure ([1]).

DCCXVIe Obs. — Homme, soixante-trois ans. Attaque en sortant de table. La connaissance revient. Le malade répond en balbutiant, commissure gauche des lèvres portée en haut, paupière droite abaissée, vue conservée aux deux yeux; les deux côtés de la face sensibles; membres droits immobiles, flexibles, et peu sensibles; respiration haute et fréquente. Troisième jour, agitation, délire, vociférations continuelles; le soir, coma. Mort dans la nuit. — Pie-mère très injectée, surtout à gauche. Substance grise ayant une teinte rosée. Dans l'hémisphère gauche du cerveau, vaste cavité contenant du sang à demi coagulé. Substance cérébrale comme ecchymosée autour. Pas de membrane sur les parois du foyer. Peu de sérosité dans les ventricules. Second épanchement au centre de l'hémisphère gauche du cervelet, de la grosseur d'une noix. Tissu cérébelleux environnant injecté et dilacéré plutôt que ramolli ([2]).

DCCXVIIe Obs. — Femme, soixante-sept ans. Première attaque d'apoplexie, paralysie du côté droit, motilité abolie, sensibilité obtuse, sens et intelligence en bon état, parole libre, bouche et langue non déviées. Trois mois après, deuxième attaque, qui est presque foudroyante. — Dans l'hémisphère gauche du cervelet, ancienne cavité hémorrhagique pouvant recevoir une noix, contenant un caillot rouge brun, solide, entouré d'une membrane comme séreuse. Substance cérébelleuse environnante molle et jaunâtre. Dans l'hémisphère droit du cerveau, vaste épanchement sanguin récent ayant envahi la couche optique, le corps strié, etc. Le sang a l'apparence de la gelée de groseilles ([3]).

DCCXVIIIe Obs. — Homme, assez fort. A soixante ans, après un accès de colère, apoplexie, suivie de paralysie des membres gauches et gêne de la parole, sans trouble intellectuel. Guérison de l'hémiplégie au bout de quatre mois, mais parole toujours difficile. Douleurs rhumatismales. A soixante-huit ans, en octobre, perte subite du mouvement dans les membres droits, suivie de contracture, impossibilité de parler, d'avaler, mais connaissance conservée. Le

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 668.
([2]) *Idem*, *ibidem*, p. 664.
([3]) *Idem*, *ibidem*, p. 667.

lendemain, stertor, assoupissement, puis bouche déviée à gauche. Insensibilité du côté droit. Mort le dixième jour. — Traces de phlegmasie chronique des méninges. A la partie antérieure du lobe moyen gauche du cerveau, en dehors de la couche optique et du corps strié, caillot de la grosseur d'une noix, entouré d'une couche de substance cérébrale d'un rouge jaunâtre (acajou) et ramollie. Lobe gauche du cervelet contenant, entre ses duplications écartées, un kyste de demi-pouce de diamètre, dont les parois, formées par une membrane bien organisée, renferment un peu de sérosité limpide. Cœur volumineux; ventricule gauche hypertrophié (1).

DCCXIXe Obs. — Fille, soixante-dix ans, amaurose. Il y a dix ans, hémiplégie droite. Il y a un an, dérangement des facultés intellectuelles; cécité, hallucinations fréquentes de la vue. Le 5 mai, deuxième attaque d'apoplexie, et mort prompte. — Vaste cavité vide dans l'hémisphère cérébral gauche. Large foyer hémorrhagique rempli de sang coagulé dans le lobe moyen droit. Désorganisation du lobe droit du cervelet par une extravasation sanguine considérable (2).

DCCXXe Obs. — Femme, soixante-quinze ans. Idiotie portée au dernier degré. Eschares au sacrum, fièvre. Mort. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Cerveau atrophié. La face inférieure du lobe postérieur droit présente une couleur de peau de daim (indice d'apoplexie capillaire ancienne) et un ramollissement jusqu'au ventricule latéral, limité en cet endroit par une membrane celluleuse dense. Dans le lobe droit du cervelet, kyste apoplectique jaune brun, couleur de bistre (3).

DCCXXIe Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans, taille moyenne, cou court, tête grosse; excès, surtout alcooliques. Tout à coup, le 25 avril, le matin à six heures et demie, avant de manger, perte de connaissance et chute, stertor; les muscles buccinateurs se laissent distendre à chaque expiration (fume la pipe); pupille droite dilatée, la gauche contractée; pouls lent, peu développé. Le malade balbutie, ne peut répondre, ne peut tirer la langue. Hémiplégie gauche. (Saignée; sinapismes; lavement purgatif.) Respiration moins gênée; mais cette amélioration se dissipe au bout de dix minutes. Respiration embarrassée, écume blanche à la bouche, pouls petit et fréquent, déglutition impossible. Agonie qui dure toute la journée. — Vaste foyer apoplectique dans le lobe antérieur droit, communiquant, par

(1) Tavernier, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1825, n° 131, p. 30.

(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 604.

(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 37e livraison, planche V, p. 5.

une ouverture à bords frangés, dans le ventricule latéral droit. Couche optique et corps striés sains; dans ce foyer se trouvent un caillot du volume d'un petit œuf de poule, et du sang fluide. Épanchement semblable dans le lobe gauche du cervelet, communiquant largement avec le quatrième ventricule, qui est rempli de sang. Ventricule gauche du cœur épais. Poumons engoués ([1]).

TROISIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies du corps strié et du cervelet.*

DCCXXII[e] OBS. — Homme, cinquante-deux ans, écrivain public. En mars, perte de connaissance, insensibilité, peau froide, humide, respiration bruyante, pouls fort, yeux rouges, face injectée; résolution complète des membres droits, les gauches sont contractés, l'avant-bras fléchi; contracture spasmodique du côté gauche de la face, tête renversée en arrière, décubitus dorsal, déjections involontaires; érection constante du pénis, plus ou moins complète. Mort peu de temps après l'entrée à la Pitié. — Foyer sanguin considérable dans le corps strié gauche; caillot récent. Substance cérébrale voisine ramollie, injectée de sang et présentant des tâches jaunâtres dures, qu'on a supposé être d'anciennes cicatrices. Le cervelet, et surtout le processus vermicularis superior, offrent de petits épanchements de la grosseur de grains de chénevis; à la partie postérieure de son hémisphère droit, caillot de sang de la grosseur d'une balle de fusil ([2]).

DCCXXIII[e] OBS. — Homme, soixante-dix-neuf ans, bonne constitution, maigre. Depuis six ans, tremblement du bras et de la tête; il y a deux ans, perte de connaissance, congestion cérébrale; puis palpitations de cœur; pas de céphalalgie. En janvier, réveil la nuit, gémissements, vomissements; intellect conservé, mais tendance au coma, et pas de réponses aux questions; on n'obtient que quelques signes. Céphalalgie frontale, décubitus latéral droit, cris et nausées si on veut placer le malade sur le dos; émission fréquente d'urines claires et abondantes. Membres inférieurs dans la résolution, mais non paralysés; pouls 70. Sensibilité intacte. Vue, ouïe conservées, pupilles dilatées; respiration fréquente. Amélioration. La rotation de la tête à gauche provoque des nausées et de l'agitation; mouvements des membres possibles, mais station debout impossible. Hyperesthésie de la peau des membres inférieurs; intelligence nette, parole lente, puis plus facile, tremblement des mains. Sensi-

([1]) Quesne, *Journal hebdomadaire*, 1828, t. I, p. 41.

([2]) Dubois (service de Serres), *Journal de Physiologie* de Magendie, t. II, p. 182.

bilité électro-musculaire obtuse; mémoire affaiblie; locomotion plus libre. Juillet, érysipèle de la face. En septembre, nouvelle attaque; hémiplégie droite, perte de la sensibilité; parole très difficile, pouls fréquent et fort, état comateux. Délire, agitation convulsive, affaissement, résolution et insensibilité du côté gauche, pouls 120. Mort le deuxième jour de cette dernière attaque. — Dure-mère épaisse et très adhérente aux os du crâne. Vaisseaux cérébraux parsemés de plaques athéromateuses. Corps strié gauche détruit par une hémorrhagie récente. Ventricule latéral gauche rempli de sérosité sanguinolente. Dans le centre du lobe droit du cervelet, foyer hémorrhagique ancien, allongé horizontalement d'arrière en avant, rempli par un tissu aréolaire couleur peau de chamois, dont les cellules contiennent un fluide séreux; parois indurées ([1]).

QUATRIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, du corps strié et du cervelet.*

DCCXXIV[e] OBS. — Homme, cinquante-cinq ans, embonpoint; douleurs fréquentes rapportées à la région pariétale droite. Il y a dix-huit mois, attaque d'apoplexie avec paralysie de tous les membres. Intellect obtus; cependant amélioration; possibilité de marcher et de se servir des mains. Deuxième attaque, coma et hémiplégie; rétablissement. Troisième attaque, hémiplégie à droite; paralysie du rectum et de la vessie; hébètement absolu, irascibilité; résolution complète des membres droits, affaiblissement des membres gauches. Coma, petitesse, fréquence du pouls; mais parfois moments d'intelligence, le plus ordinairement insensibilité. — La pie-mère se détache aisément de la substance cérébrale. Dans le lobe postérieur gauche du cerveau, large foyer hémorrhagique de trois centimètres de largeur, contenant un caillot analogue à de la gelée de groseille; ce foyer est tapissé par une pellicule tomenteuse. La substance médullaire adjacente est ramollie et infiltrée d'un liquide sanguinolent. Dans le lobe moyen droit, ancien foyer avec reste de caillot fibrineux, et kyste d'un jaune sale. Autre caverne spacieuse dans le corps strié droit, et également tapissée par une membrane fauve. Dans le cervelet, deux cavernes plus anciennes, occupant l'une le lobe droit, l'autre le gauche, au milieu d'une substance médullaire peu altérée. Ventricule gauche du cœur épais ([2]).

DCCXXV[e] OBS. — Femme, cinquante-six ans, tempérament sanguin, bonne constitution, non réglée depuis six ans, sujette à des

([1]) Hilairet, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1859, 3e série, t. I, p. 240.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 592.

étourdissements, à des palpitations de cœur. Face injectée. Régime non excitant, pas de vin. 30 novembre, au matin, fourmillements dans les jambes; chute sans pouvoir se relever, marche impossible, intelligence conservée, mais parole impossible. La nuit suivante, perte de connaissance, paralysie des membres gauches; les doigts peuvent un peu se mouvoir. La parole est rétablie. Ni soubresauts, ni contracture, ni crampes, ni douleurs. Sensibilité intacte, paralysie de la face du côté droit; l'œil droit reste ouvert, ses mouvements peuvent s'exécuter, excepté ceux d'abduction. La langue sort en se déviant à gauche. Face grimaçante, crispée à gauche. Appétit, odorat et goût intacts. Mastication gênée par la paralysie de la paroi droite de la bouche; la malade se mord la joue de ce côté en mangeant. Constipation, respiration naturelle, battements du cœur forts; vue, ouïe, intelligence à l'état normal. 10 mars, amélioration successive; mouvements des membres gauches plus faciles, plus étendus, mais la paralysie faciale droite est toujours au même point. La langue se dévie encore fortement à gauche. L'œil droit ne peut être dirigé en dehors. Étourdissements, insomnie, anxiété, constriction douloureuse à la gorge. 17 mars, vomissements opiniâtres, coma, sensibilité diminuée; ouïe conservée, mais réponses nulles. Perte complète de la parole; respiration gênée, à chaque expiration soulèvement de la joue droite. Battements du cœur tumultueux et forts. Mort le 22. — Caillots fibrineux dans le pressoir d'Hérophile. Infiltration sous-arachnoïdienne d'une sérosité épaisse, pie-mère injectée, artères en partie ossifiées à la base et à la surface du cerveau. Moteur oculaire externe droit aminci, facial droit très atrophié, cerveau un peu déprimé au niveau de la protubérance à droite; moelle aplatie vers l'origine de l'hypoglosse gauche, entrée du canal rachidien rétrécie par des reliefs de la circonférence du grand trou et par l'épaississement de l'apophyse odontoïde. Cerveau piqueté; lobe postérieur droit contenant un foyer hémorrhagique en voie de gérison; parois rapprochées, jaunes, tapissées de concrétions fibrineuses adhérentes et d'un vert foncé. Dans le corps strié, trace de deux petits foyers guéris. Lobe gauche du cervelet injecté; dans le droit, vaste foyer hémorrhagique plein de sang noir et épais, et de caillots semblables à de la gelée de groseille. Parois rouges et anfractueuses, avec détritus de tissu cérébral flottants dans la cavité. Il ne reste autour du foyer qu'une couche très mince de la substance du lobe (1).

DCCXXVI^e Obs. — Homme, soixante-quatre ans, forte constitution, bonnetier, excès alcooliques et vénériens. En 1849, étourdissements,

(1) Devers (service de Rostan), *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 117 et 189.

céphalalgie; affaiblissement de la vue, amaurose. En décembre 1854, vomissements opiniâtres; intelligence conservée, puis coma, stertor. Pas de paralysie, mais résolution des membres. Séton à la nuque, provoquant un érysipèle. Amélioration très notable de la santé générale et de la vue. En novembre 1855, faiblesse, engourdissement des membres droits; déviation de la face à gauche, sensibilité et intelligence intactes, obscurcissement de la vue, parole embarrassée, langue déviée à droite; néanmoins, rétablissement, embonpoint excessif. En mai 1858, urines contenant du sang, affaiblissement physique et intellectuel, hémiplégie droite, perte de la parole, coma, vomissements, fièvre, érysipèle du tronc et des membres. Mort en juillet. — Sérosité sous-arachnoïdienne contenue dans des espèces de kystes. Substance cérébrale ferme. Lobe postérieur droit du cerveau détruit par un ancien foyer formant une cavité, sans communication avec le ventricule, quoique étendue jusqu'à la corne postérieure; les membranes du plancher de ce ventricule présentent un dépôt calcaire et un amas de substances noirâtres, siége probable d'un ancien foyer. Couche optique voisine atrophiée. Le lobe droit du cervelet est le siége d'un ancien foyer de couleur peau de chamois. Hémisphères cérébral et cérébelleux gauches sains. Artères de la base parsemées de produits athéromateux et calcaires. Tronc basilaire rétréci, contenant des caillots noirâtres. Artère cérébrale postérieure droite mince, blanche, réduite en une espèce de cordon fibreux. Beaucoup de graisse dans l'abdomen; kyste dans le rein gauche. Cœur sain (1).

CINQUIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies de la couche optique et du cervelet.*

DCCXXVII° OBS. — Homme jeune. Diarrhée depuis un mois, étourdissements, douleur à la tête et à l'épigastre; bouche sèche, amère; soif; pouls petit, très fréquent; insomnie, face rouge, sensibilité des yeux, pupilles contractées, vue trouble, agitation sans mouvements convulsifs; réponses justes d'abord, puis nulles; rigidité avec flexion des avant-bras. Cinquième jour, coma, fièvre ardente, cessation de la contracture, mort. — Sérosité lactescente dans la pie-mère, peu de sérosité dans les ventricules. Couches optiques des deux côtés criblées d'une multitude de points noirâtres, imitant une ecchymose avec augmentation légère de consistance. Cervelet criblé d'une infinité de petits points noirs dans la substance grise. Gastrite chronique, ulcères dans le gros intestin (2).

(1) Hillairet, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1858, 2e série, t. V, p. 129.
(2) Haspel, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1837, t. IV, p. 182.

DCCXXVIII[e] Obs. — Militaire, convalescent; il monte sur un siége de latrines, et fait des efforts. Tout à coup, il tombe sans connaissance; insensibilité et immobilité générales, pupilles dilatées; pouls plein, fréquent; face rouge, coma, stertor, pouls faible. Mort quarante-huit heures après la chute.— Légère hypertrophie du cœur, dure-mère injectée d'un rouge-violacé, arachnoïde rougeâtre, sérosité opaline à la base du cerveau et dans les ventricules. Plexus choroïdes injectés, cerveau sablé. Petit foyer apoplectique dans la couche optique gauche, un autre dans le lobe cérébelleux gauche, et un troisième au fond d'une scissure cérébelleuse. Côté droit de l'encéphale normal (1).

Sixième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies du corps strié, de la couche optique et du cervelet.*

DCCXXIX[e] Obs. — Femme de la campagne, robuste, sanguine. Depuis quelque temps, teint terreux, essoufflements, maux de tête. Quatre ans avant, fièvre inflammatoire violente, avec douleur épigastrique; puis espèce de manie, loquacité, insomnie. Cette femme errait la nuit. Manières libres et immodestes, exaltation morale, répliques promptes, opinions arrêtées, sorte d'éloquence, et malgré beaucoup de digressions, retour au point qu'il s'agissait de prouver. Attaque d'apoplexie, insensibilité, côté droit paralysé, main gauche souvent portée à la tête, jambe du même côté souvent remuée, impossibilité d'avaler, sphincters resserrés. Mort au bout de vingt-quatre heures. — Forte adhérence de la dure-mère au crâne. Inflammation des méninges, effusion entre elles d'une copieuse sérosité sanguinolente. Moitié antérieure de l'hémisphère gauche injectée complètement. Un coagulum volumineux remplit le ventricule gauche provenant de la rupture de beaucoup de vaisseaux altérés et d'une déchirure de la couche optique et du corps strié de ce côté. Sérosité dans les autres ventricules. Cervelet entouré d'eau, sa surface enflammée, et dans sa substance beaucoup de petits foyers apoplectiques (2).

DCCXXX[e] Obs. — Femme, cinquante-quatre ans. Première attaque à trente-sept ans. Hémiplégie et atrophie des membres gauches, mutité. Tous les huit jours, attaque d'épilepsie dans laquelle les convulsions n'affectent que le côté paralysé. Deuxième attaque, mort instantanée. — Épanchement de près de six onces de sang au milieu du cervelet, désorganisation s'étendant à la protubérance

(1) Peteaux, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1835, n° 320, p. 24.
(2) Th. Sandwith, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1820, t. XVI, p. 372.

cérébrale, rupture des artères basilaire et cérébelleuse inférieure. Dans le corps strié et la couche optique droits, cavité remplie d'environ quatre onces de sérosité sanguinolente contenue dans une poche membraneuse, ressemblant à la pie-mère, mais plus consistante et moins transparente; autour, la substance cérébrale est rouge-jaunâtre, un peu indurée. Cette membrane n'a qu'un feuillet très vasculaire et bien organisé ([1]).

DCCXXXI[e] Obs. — Homme, soixante-trois ans, sobre. Hémiplégie droite il y a deux ans, parole embarrassée, quelquefois étouffements. Novembre, éblouissements, tournoiements de tête; chute, mais sans perte de connaissance; vomissements, assoupissement; visage pâle, parole lente, éblouissements; commissure des lèvres déviée à droite; sensibilité conservée des deux côtés; mouvements de la langue, des paupières, des membres intacts; pouls 56, puis 96. Pas d'érection; sensation générale, mais passagère de froid; faiblesse, pupilles très resserrées, yeux fixes, mâchoires contractées, selles volontaires. Mort le quatrième jour. — Rigidité cadavérique. Sérosité sous la tente du cervelet et dans le ventricule latéral gauche. Pie-mère injectée. Ancien foyer apoplectique de couleur chamois dans le corps strié et la couche optique gauches, avec caillot fibrineux, décoloré, organisé. Cervelet congestionné; petit foyer apoplectique dans le vermis superior; épanchement abondant de sang dans le ventricule, avec déchirure et excavation des deux lobes, surtout dans le centre du lobe droit. Ramollissement des parois de ce vaste foyer; on y voit des orifices de vaisseaux. Injection du mésocéphale. Pas d'ossification vasculaire. Cœur un peu volumineux ([2]).

Septième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, du corps strié, de la couche optique et du cervelet.*

DCCXXXII[e] Obs. — Femme, soixante-deux ans, forte constitution, grande vivacité. Six enfants. Cessation des règles à cinquante ans. Vertiges. Il y a deux ans, congestion cérébrale, avec perte de connaissance, sans suite fâcheuse. Le 25 décembre, à cinq heures du matin, étourdissements, chute subite avec perte de connaissance pendant un quart d'heure. Décubitus dorsal; pupilles dilatées, contractiles, surtout la gauche. Vue intacte; parole prompte, bien que la langue éprouve un certain embarras. Côté gauche paralysé immobile, mais sensible. Appétit, respiration facile; pouls fort,

([1]) Moulin, *Apoplexie*, p. 74.

([2]) Hillairet, *Archives*, 1858, 5[e] série, t. XI, p. 158.

développé, un peu fréquent; battements du cœur énergiques. Le 31, mouvement un peu rétabli dans le bras. 3 janvier, chute du lit en dormant, contusion à la pommette gauche; depuis, parole plus embarrassée, pouls plus fréquent, assoupissement, évacuations involontaires, délire, contracture dans les membres, mouvements convulsifs, perte de la parole, dysphagie, respiration naturelle, pouls faible, etc. Mort le 16. — Substance grise du cerveau plus ou moins injectée, artères cérébrales ossifiées. Beaucoup de sérosité limpide dans les ventricules. Deux petits épanchements dans les lobes antérieur et moyen gauches, et un autre récent à la surface du corps strié gauche. A droite, traces d'un épanchement sanguin considérable entre la couche optique et le corps strié, avec kyste jaunâtre épais, déjà organisé. Quelques petits épanchements appartiennent en propre au corps strié. Dans le milieu de la substance blanche du lobe gauche du cervelet, épanchement sanguin récent du volume d'une petite noix. Ventricule gauche du cœur hypertrophié (1).

HUITIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies de la substance corticale, des lobes cérébraux, de la couche optique et du cervelet.*

DCCXXXIII° OBS. — Femme, quarante-deux ans, forte constitution. Il y a cinq ans, attaques réitérées d'épilepsie; après l'une d'elles, coma pendant dix jours. Depuis lors, attaques moins intenses et non suivies de paralysie. La plus récente a eu lieu le 8 janvier dans la rue. Coma profond; traits non altérés, non déviés; grincements des dents, yeux fermés ou à demi-ouverts, mouvements vagues des globes oculaires; pupilles dilatées, puis rétrécies, s'élargissant à l'approche d'une lumière et se resserrant alternativement. Respiration 20, pouls 84. Ventre ballonné. Règles abondantes en ce moment même. Le bras gauche semble paralysé; il est immobile, il ne peut se soutenir. Cependant, si on pince le droit, qui jouit d'une certaine mobilité, on voit le gauche se remuer. Ni tremblement ni contracture, toutefois tendance du bras gauche à la flexion. Deuxième jour, bouche un peu déviée, stupeur, retour incomplet de l'intelligence. Le bras gauche se meut, mais pas aussi librement que le droit. Sang de la saignée non couenneux. Plusieurs accès d'épilepsie par la plus légère excitation. Perte de la parole, coma. Troisième jour, face très colorée, sueur abondante; résolution

(1) Pinel-Grandchamp, dans Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, 1823, p. 377.

générale des membres, surtout du bras gauche; pouls 112, respiration 23; convulsions générales, flexion violente du bras gauche. Râle sonore, écume à la bouche. Quatrième jour, coma, respiration haute et pénible, sueur froide et visqueuse, urines involontaires. Cinquième jour, mort. — Suffusion sanguine de la pie-mère sur les lobes moyens du cerveau. A l'union du quart antérieur de l'hémisphère droit avec les trois quarts postérieurs, une circonvolution d'un gris-brunâtre et un peu violacé à sa surface contient un caillot de sang, gélatiniforme, rouge-noirâtre, et dans ce foyer se trouve une concrétion pierreuse du volume d'un gros pépin de raisin. En avant et en dedans de ce premier foyer s'en trouve un second et un troisième, qui pénètrent profondément dans le lobe moyen jusqu'au ventricule latéral droit, dans lequel le sang s'est introduit. Couche optique droite infiltrée de sang. Sur l'hémisphère gauche, une circonvolution à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen présente, sous une tache rouge-grisâtre, un petit caillot de sang, et dans la substance blanche, deux autres petits épanchements. Derrière la couche optique gauche un petit foyer. Dans le lobe postérieur gauche, vaste épanchement plus gros qu'une prune. Le sang est épanché entre les mailles d'un tissu fibro-aréolaire, avec des points durs et pierreux criant sous le scalpel. A la face inférieure de l'hémisphère gauche, dans une circonvolution voisine de la protubérance, est encore un foyer sanguin avec une induration fibreuse. Enfin, dans le cervelet, plusieurs autres épanchements renfermant aussi des concrétions pierreuses, spécialement dans le lobe médian et dans le lobe droit. Bulbe rachidien sain. Kyste de l'ovaire droit (1).

NEUVIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les ventricules cérébraux et dans le cervelet.*

DCCXXXIVe OBS. — Homme, soixante ans, excès de vin, vertiges, rougeur des joues; bientôt après, chute sur le carreau, membres supérieurs très contractés, évacuations involontaires, et mort soudaine. — Infiltration séreuse sous l'arachnoïde, pie-mère pâle. Vésicules des plexus choroïdes volumineuses. Deux caillots de sang dans le ventricule latéral droit. Dans chaque lobe du cervelet, principalement dans le gauche, sang concret, ayant l'apparence d'un polype. Substance du cervelet profondément altérée et comme putréfiée (2).

(1) Blain des Cormiers, *Bulletin de la Société anatomique*, 1847, p. 306.
(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. XI, art. 22.

DCCXXXV° Obs. — Femme, soixante-quinze ans, céphalalgie, étourdissement, mais activité, gaîté, parole facile; le moral baisse, ivresse. 12 avril, perte subite de connaissance; demi-heure après, retour des facultés; alors, pas de paralysie. Perte graduelle de la connaissance, de la parole, du sentiment et du mouvement. Mort au bout de dix-sept heures dans un état d'asphyxie. — Épanchement énorme séro-sanguinolent dans les ventricules cérébraux; ramollissement chronique de leurs parois, du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Du plancher inférieur du ventricule droit naissent deux ou trois petites végétations arrondies, pisiformes, formées d'un tissu grisâtre, ayant la teinte de la substance corticale et assez de consistance. Lobe gauche du cervelet converti en une poche très vaste, remplie de sang noir liquide et à demi-coagulé. Les parois de cette poche n'ont, dans tous les sens, qu'une épaisseur de quelques lignes. La face interne de ce foyer est mollasse, rougeâtre. Au centre du lobe droit du cervelet, dans la substance blanche, petite cavité du volume d'une amande, dont les parois sont rapprochées sans adhérence, tapissées d'une membrane épaisse, dense, vasculaire, couleur ocre foncé. Poumons très engorgés. Cœur hypertrophié; points cartilagineux dans les parois de l'aorte (1).

4° SOUS-DIVISION.

HÉMORRHAGIES DU MÉSOCÉPHALE ET DU BULBE RACHIDIEN.

Je réunis les hémorrhagies du mésocéphale et celles du bulbe rachidien à cause des rapports et de la continuité de ces organes, et parce que les lésions de l'un empiètent facilement sur le domaine de l'autre.

Malgré le peu d'étendue de ces organes, afin de saisir, s'il est possible, quelques traits différentiels dans les manifestations qui s'y rattachent, j'établirai des divisions relatives au siége précis des foyers hémorrhagiques.

Je dois comprendre dans cette exposition les pédoncules cérébraux et cérébelleux, comme ajoutant encore des détails importants.

Après avoir résumé les faits propres à donner une idée exacte des hémorrhagies du mésocéphale, de ses annexes

(1) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1840, p. 38.

et du bulbe, je présenterai comme complément de cette étude, un aperçu des coïncidences de ces hémorrhagies avec celles des autres parties de l'encéphale.

1re SECTION. — HÉMORRHAGIES DU MÉSOCÉPHALE.

§ I. — Hémorrhagie ayant son siége dans le côté droit du mésocéphale.

DCCXXXVIe Obs. — Homme, vingt-trois ans, étudiant en philosophie, d'une intelligence faible, devenue plus obtuse après une fièvre nerveuse éprouvée en janvier 1840. Au mois d'août suivant, excès de boissons alcooliques et refroidissement. Le lendemain, grande faiblesse dans les membres gauches, strabisme convergent de l'œil droit avec diplopie; pupilles normales. Parole hésitante. Aggravation de la maladie par un exercice forcé. Paralysie de la moitié droite de la face et des membres gauches. Occlusion imparfaite de l'œil droit. Sensibilité de la face obtuse à droite, intacte à gauche. Odorat conservé; sensibilité gustative égale aux deux côtés de la langue; toutefois, il a été difficile d'obtenir des appréciations bien exactes de la part du malade. Ouïe moins distincte de l'oreille droite que de la gauche. Mouvements de la face et de la mastication moins actifs à droite. La commissure gauche des lèvres se meut pendant l'exercice de la parole, qui est lente, basse, bien que la mobilité de la langue soit facile dans tous les sens. Motilité du bras gauche enrayée, mais sa sensibilité est normale. Flexion des doigts beaucoup moins énergique à gauche qu'à droite. Jambe gauche traînée en marchant. Pas de céphalalgie. Intellect lent, sommeil lourd, pouls faible, 70; peau sèche, constipation. Progrès de la maladie; déglutition difficile; la gêne est rapportée par le malade au côté gauche. Mort, précédée d'un coma profond, au commencement d'octobre. — Vaisseaux cérébraux congestionnés. Exsudation albumineuse entre l'arachnoïde et la pie-mère, et dans le voisinage de la scissure de Sylvius. Pas de sérosité dans les ventricules. Substance médullaire consistante. Côté droit du pont de varole très tuméfié et ayant acquis le double de son volume ordinaire, empiétant un peu sur le côté gauche et sur l'éminence olivaire droite. Les trijumeau facial et acoustique du côté droit sont un peu atteints. La tumeur incisée, on y trouve un large caillot formé de couches comme dans les anciens anévrysmes (1).

(1) Romberg, *Lehrbuch der nerven Krankheiten*, 1851 (*A Manual of the nervous diseases of man*, transl. by Sieveking. London, 1853, t. II, p. 407.)

DCCXXXVII[e] Obs. — Homme, vingt-quatre ans, fortement constitué. Pendant quelques jours, pesanteur de tête, puis engourdissement du membre supérieur gauche. Le soir, même étourdissement, avec paralysie du côté gauche; chûte sans perte de connaissance, mais parole impossible. Vingt-quatre heures après, insensibilité à gauche; impossibilité d'articuler des sons, commissure des lèvres et langue déviées à gauche; impossibilité de fermer l'œil droit, dont la pupille est plus contractée que la gauche, et dont la paupière supérieure reste abaissée. La paralysie diminue jusqu'au dixième jour. Bourdonnement dans l'oreille gauche, fourmillements, crampes dans les membres paralysés. Délire. Œdème et érysipèle du bras. Mort quarante jours après le début des accidents. — Dans l'épaisseur de la protubérance existe un foyer de la grosseur d'une noisette, occupant le côté droit de cet organe, et dépassant un peu à gauche la ligne médiane; il est exactement circonscrit; la substance cérébrale environnante est saine. Ventricule gauche du cœur hypertrophié (1).

DCCXXXVIII[e] Obs. — Un homme adulte avait été sujet depuis dix ans à des attaques de dyspnée, et, il y a deux ans, un soir, après s'être promené, il sentit qu'il perdait graduellement le sentiment et le mouvement du côté gauche; il lui sembla que toute la vie du côté gauche était passée au côté droit. Peu de temps après, la paralysie fut complète. Pas de trouble intellectuel; la paralysie diminue beaucoup aux membres, et plus lentement à la face. Il mourut dans un accès d'asthme. Il n'y eut ni convulsion ni coma. — Pas d'autres altérations dans l'encéphale qu'une petite cavité apoplectique dans la substance de la protubérance, à droite de la ligne médiane, au dessus et en arrière du plan médian transversal du pont. Elle contenait une petite quantité de matière rougeâtre comme purulente, ressemblant à de la substance cérébrale dissoute. La capacité de ce foyer n'excédait pas le volume d'un pois. La substance cérébrale environnante paraissait un peu ramollie. On ne reconnut pas de membrane sur les parois. On ne douta pas de l'existence antérieure d'un petit caillot (2).

DCCXXXIX[e] Obs. — Homme, quarante ans, garde républicain, transféré en 1850 du Val-de-Grâce à Charenton; maigreur, roideur des membres, articulation imparfaite et quelques paroles incohérentes, parfois actes de violence, ulcère à une jambe. Retour de l'embonpoint, mais affaiblissement intellectuel croissant. 6 avril 1851,

(1) Mabot, *Journal de Médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, t. XVI. (*Archives*, 1841, 3e série, t. X, p. 91.)

(2) Th. Williams, *Medical Times*. 1843, t. VII, p. 349.

attaque apoplectique, suivie de paralysie du côté gauche, mais avec conservation et même exaltation de la sensibilité. Urines faciles. Déviation de la langue à droite. L'intelligence reste ce qu'elle était la veille. Pas de mouvements convulsifs. Aggravation graduelle de l'état général. Mort le 23 (dix-septième jour). — Injection des vaisseaux céphaliques. Méninges un peu épaissies, rouges et légèrement infiltrées de sérosité; quelques adhérences partielles et de petites ecchymoses près du sinus longitudinal supérieur. Taches rouges et violacées à la surface des hémisphères, vis à vis les ecchymoses méningiennes. Cerveau généralement mou et hyperémié. Dans le côté droit du mésocéphale, au dessus de la couche superficielle des fibres transversales, foyer du volume d'une noisette contenant une pulpe formée d'un mélange de sang et de matière cérébrale désorganisée. Ce foyer, bien limité, ne dépasse pas la ligne médiane; il n'atteint ni le bulbe ni les tubercules quadrijumeaux, et ne va pas jusqu'aux faisceaux postérieurs de la protubérance (1).

DCCXL^e Obs. — Homme, soixante-cinq ans. Il éprouve une attaque le matin étant à l'ouvrage. Insensibilité, pupilles contractées, paralysie du membre supérieur gauche. Stertor. Pas de mouvements convulsifs; pouls plein et fréquent. Mort dans la nuit. — Du sang est extravasé sous l'arachnoïde, à la surface de l'hémisphère cérébral droit, et aussi à la base. Sang extravasé dans la substance de la partie droite du pont de Varole et légèrement dans la partie contiguë du cervelet. Ventricules distendus par un fluide sanguinolent. Les vaisseaux principaux du cerveau étaient athéromateux, et les petits contenaient dans leurs parois de la matière graisseuse et calcaire. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Dépôts adipeux dans les fibres musculaires. Reins également graisseux (2).

§ II. — Hémorrhagie ayant son siége dans le côté gauche du mésocéphale.

DCCXLI^e Obs. — Femme, trente-trois ans. Il y a cinq ans, attaque d'apoplexie; il reste une hémiplégie gauche; de plus, des vertiges, des étourdissements, de la céphalalgie. On saigne presque tous les mois. Ce moyen ayant été négligé de quelques jours, le 13 novembre, la malade tombe tout à coup. (Saignées, sangsues, etc.) Le lendemain, la connaissance n'était pas revenue. Dans la nuit suivante, cette femme demande plusieurs fois à boire, mais d'une manière assez confuse. Le 16, face pâle, bouche déviée à gauche, joues flas-

(1) Josias, Thèses de la Faculté de Paris, 1851, n° 162, p. 19.

(2) Ogle, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1852, t. IV, p. 15.

ques; un peu de strabisme. Décubitus dorsal. Résolution complète des membres droits; la sensibilité y est obtuse, mais non abolie; le pouce est fléchi, les doigts sont atrophiés, comme à la suite d'une ancienne paralysie. Réponses difficiles, cependant assez intelligibles. Céphalalgie, pouls développé, 84. Le 18, aggravation, parole nulle, évacuations alvines involontaires, respiration stertoreuse, pouls très petit, 90. Le 19, insensibilité, respiration bruyante, sueur visqueuse. Le 20, sorte de constriction au larynx, langue sèche et fuligineuse. Mort. — La dure-mère adhère çà et là au crâne. Caillot fibrineux jaunâtre dans le sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde et pie-mère épaissies et injectées. Infiltration sous-arachnoïdienne. Substance corticale gris-violacé. Substance médullaire sablée de points rouges, peu consistante. Très peu de sérosité dans les ventricules. Septum lucidum un peu mou. État normal des couches optiques et des corps striés. La protubérance annulaire, dans sa moitié gauche et dans son prolongement antérieur du même côté, est ramollie et en une sorte de bouillie d'un blanc rosé. Au centre se trouve une petite cavité irrégulière pouvant contenir un pois, renfermant du sang combiné avec la substance cérébrale ramollie. Le côté droit de la protubérance, son prolongement antérieur correspondant et le cervelet sont sains (¹).

DCCXLII° Obs. — Peintre en décors, quarante-un ans, robuste. Depuis deux mois, symptômes de pléthore, céphalalgie. 7 mai, engourdissement des doigts, vomissement, agitation, perte de connaissance. Hémiplégie du mouvement et du sentiment à droite, respiration stertoreuse. Rétention d'urine. Pupilles contractées, insensibles à la lumière; ouïe nulle. Déglutition difficile; pouls 70, assez résistant. Extension de la paralysie au côté gauche, dont les muscles se contractent parfois convulsivement. Joues soulevées par l'air expiré. Écume à la bouche. Mort le 9 mai. — Sérosité dans les ventricules. Veines superficielles du cerveau gorgées de sang. A la partie postérieure et supérieure gauche de la protubérance annulaire, et dépassant un peu la ligne médiane, foyer apoplectique de la grosseur d'un œuf de pigeon, contenant un caillot noirâtre, semi-liquide. Surface interne du foyer ramollie. Substance nerveuse voisine saine. Cœur hypertrophié. Système veineux en général gorgé de sang (²).

DCCXLIII° Obs. — Femme, quarante-six ans, atteinte depuis plusieurs années d'une hémiplégie complète du côté droit. En mars, étourdissement, perte de connaissance. Face injectée, vultueuse;

(¹) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 35.

(²) Roger, *Bulletin de la Société anatomique*, 1837, p. 156.

pouls développé. Mort au bout de deux jours. — Beaucoup de sang noir épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère. Substance grise de couleur foncée; substance blanche très injectée, avec quelques marbrures. Une assez grande quantité de sérosité dans les ventricules. Au milieu de la moitié gauche de la protubérance, traces évidentes d'un épanchement résorbé; cavité circonscrite remplie d'un tissu filamenteux infiltré de sérosité jaunâtre; le grand diamètre, qui a cinq lignes, est transversal et un peu oblique. Cette cicatrice, d'un ancien foyer apoplectique, interrompait évidemment la continuité d'une partie des fibres du pédoncule gauche. La substance médullaire environnante avait sa consistance ordinaire. Altération partielle grave (encéphaloïde) du cœur. Gastrite chronique ([1]).

DCCXLIV[e] Obs. — Femme, soixante-cinq ans, hémiplégie à droite, articulation des sons embarrassée, délire fugace. Mort après quinze jours de maladie. — Foyer apoplectique au côté gauche de la protubérance annulaire, dans son épaisseur, mais assez superficiellement; il ne dépasse pas la ligne médiane; il a le volume d'une grosse amande. Un peu de sang est infiltré dans le ventricule latéral droit. Le quatrième ventricule est intact ([2]).

DCCXLV[e] Obs. — Homme, soixante-seize ans, petit, maigre; il tombe dans la rue, mais en se retenant, n'ayant pas perdu entièrement connaissance. Stupeur; il peut répondre, mais d'une manière peu distincte. Vision imparfaite. Côté gauche de la face paralysé, langue déviée légèrement à gauche; bras droit roide, sans force et insensible; jambe droite roide et tremblante, mais jouissant encore un peu du mouvement. Très peu de sensibilité dans tout le côté droit. Trois heures après, la rigidité a disparu; le mouvement a même reparu de ce côté, mais le bras reste insensible. Pendant huit jours, même état. Intellect parfait. Toutefois, la parole devient moins distincte et la déglutition plus difficile. La paralysie faciale avait disparu après les premières heures; néanmoins, la vision était confuse. Pendant cinq ou six jours, état comateux, et mort. — Le côté gauche du pont de Varole semble un peu volumineux et mou. Il contient un caillot de sang du volume d'un petit haricot, vers sa partie postérieure, presque à égale distance des surfaces supérieure et inférieure, cependant un peu plus près de la première, sur le trajet des fibres qui passent des colonnes latérales de la moelle vers le cerveau. Une petite extravasation de sang se trouve aussi dans le pédoncule cérébelleux gauche moyen, à l'endroit où il s'unit au mésocéphale ([3]).

([1]) Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 164.
([2]) Élie, *Bulletin de la Société anatomique*, 1840, p. 9.
([3]) Broadbent, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1861, t. XII, p. 16.

§ III. — Hémorrhagies ayant leur siége dans les deux cotés du mésocéphale.

DCCXLVI[e] Obs. — Femme, cinquante-deux ans, forte constitution, attaque d'apoplexie il y a un ou deux ans. Hémiplégie complète à droite, avec rigidité des membres paralysés. Perte complète du sentiment du même côté. Impossibilité absolue d'articuler les sons; bégaiement inintelligible accompagné de larmes et de sanglots. Intellect intact, s'exprimant par les gestes du bras gauche et les mouvements du visage. Déglutition difficile. Évacuations involontaires. Cet état persiste pendant un an. Alors, eschare au sacrum, engouement pulmonaire, fièvre. Mort. — Crâne très épais, compact, pesant. La faux du cerveau offre, à droite, une tumeur fibreuse du volume d'une aveline. Face interne de la dure-mère parsemée de petits points rouges ou de plaques rouges, constitués par des réseaux vasculaires veineux appartenant à des fausses membranes faciles à détacher. Beaucoup de sérosité sous l'arachnoïde. Cerveau très sain, sauf un léger ramollissement, sans changement de couleur de la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit. Protubérance annulaire petite, offrant deux cicatrices avec perte de substance au voisinage du bord inférieur. A droite, l'altération a détruit le pédoncule cérébelleux moyen. Pyramides antérieures atrophiées, surtout la gauche; corps olivaires volumineux, indurés; nerfs grands hypoglosses grisâtres. Le bulbe semble séparé de la protubérance par une sorte d'étranglement. La perte de substance de la moitié droite de la protubérance est peu profonde, tandis que celle de la moitié gauche est extrêmement profonde et intéresse la presque totalité de l'épaisseur de la protubérance. Un tissu cellulaire gris-jaunâtre, infiltré de sérosité, remplit l'une et l'autre perte de substance. Moelle saine. Anévrysme de l'aorte (1).

Ces onze observations relatives à des hémorrhagies des parties latérales du mésocéphale, offrent quelques points essentiels à relever. D'abord, on voit l'exactitude avec laquelle les membres sont paralysés du côté opposé à la lésion. Dans trois cas, il y a eu hémiplégie alterne, une fois passagèrement, deux fois d'une manière plus durable. Je fais remarquer encore la rareté des phénomènes spasmodiques, bornés, dans un cas, à des crampes, dans un autre,

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 21e livraison, planche V, p. 3.

à une rigidité et à des tremblements momentanés. Enfin, et ce qui est assez curieux, c'est la tolérance qui permet aux parties latérales du mésocéphale d'éprouver des lésions graves, même des pertes de substance, sans que la vie en ait été immédiatement éteinte. L'Observation DCCXLVI est très digne d'attention, non seulement parce que les deux côtés de la protubérance étaient lésés, mais encore parce que la lésion étant profonde et assez étendue, la vie a pu se maintenir un an, et une sorte de cicatrisation s'effectuer.

§ IV. — Hémorrhagie ayant son siége dans le centre du mésocéphale.

DCCXLVII[e] Obs. — Femme, trente-quatre ans. Habitude d'intempérance, toux depuis quatre ans. Il y a cinq ans, hémiplégie gauche; spasmes du bras gauche, et non de la jambe; intellect conservé, parole embarrassée. Rétablissement au bout de deux ou trois mois. Continuation de l'abus des spiritueux, et usage fréquent du laudanum. Il y a un mois, après avoir pris un gros de ce médicament, convulsions violentes, dans lesquelles la malade tombe sur la face. Elle reprend peu à peu connaissance, mais son intelligence reste obtuse et la faiblesse du côté gauche très grande. Attaques subites et intenses de toux continue pendant plusieurs heures; expectoration copieuse. Dyspnée, respiration haute, corps incliné sur le côté droit, anxiété; percussion sonore à la partie antérieure du thorax, matité sous la clavicule gauche, inspiration courte, expiration prolongée avec râle sibilant et sonore en avant des deux côtés. Râles crépitants et muqueux à la partie inférieure, postérieure et gauche du thorax, et crépitation distincte au côté droit. Résonnance de la voix augmentée sous la clavicule gauche. Bruits du cœur normaux. Langue brune, humide; peu d'appétit. Selles ordinaires, menstrues régulières. Pas de céphalalgie ni autre douleur. Peau chaude et humide. Du 30 décembre au 3 janvier, jour de la mort, difficulté de répondre aux questions, paroles incohérentes, insomnie, pouls petit, froid, lividité de la face, stupeur. — Un peu de sérosité épanchée dans la cavité de l'arachnoïde et dans les deux ventricules latéraux; celle du ventricule droit est opaque, pareille à du lait tourné. Le corps strié droit, dans ses trois quarts postérieurs, est ramolli, diffluent, jaune-fauve, rempli d'un fluide trouble, grisâtre, semblable à celui qui teint la sérosité du ventricule. La substance blanche voisine du corps strié n'était pas affectée. En divisant la partie ramollie, on y trouvait quelques taches jaunes et une texture réticulée analogue à

celle de certains cancers mous. Au centre du pont de Varole, à droite de la ligne médiane, foyer hémorrhagique de la grosseur d'un pois, rouge-noir au centre et d'un brun de rouille à la circonférence. Légère hypertrophie du ventricule gauche du cœur, et rétrécissement de l'orifice mitral. Emphysème pulmonaire en avant, engouement et foyers hémorrhagiques dans divers points des poumons (¹).

DCCXLVIII° Obs. — Homme, trente-sept ans, éprouvant depuis plusieurs mois de la dyspnée, des maux d'estomac, des vomissements, des douleurs dans la région du foie, ayant la peau d'un jaune livide et les extrémités inférieures œdémateuses. Le 25 mars, étourdissement subit avec sensation de bruit et de confusion dans la tête; engourdissement, fourmillement et faiblesse de tout le côté droit; accablement sans coma; réponses nettes; voix forte, mais toute particulière. Il peut serrer la main droite avec assez de force. Air égaré et stupide, pouls 120; dysurie, puis urine puriforme. Quatre ou cinq jours après, amélioration générale, mais légère paralysie de la paupière supérieure droite. 14 et 15 avril, fièvre, faiblesse, mais maintien de l'intellect. Mort le 16. — Cerveau et cervelet à l'état normal. La face postérieure du mésocéphale est creusée d'une cavité qui, d'autre part, est limitée par la base du cervelet. Cette cavité se porte plus à gauche qu'à droite. Elle contient un caillot noir consistant, du volume d'une noisette; elle est revêtue d'une membrane molle. La substance environnante est ramollie, parsemée de points noirs. Épanchement séreux dans le thorax; foie volumineux, de texture granuleuse; rein gauche tuberculeux, membrane interne de la vessie ulcérée en plusieurs points (²).

DCCXLIX° Obs. — Homme, trente-huit ans. Coliques saturnines. Teint cachectique, attaques épileptiques. Pupilles dilatées, vue affaiblie, œdème, commencement d'ascite et ballonnement du ventre. Urines sanguinolentes, puis albumineuses. Mort subite. — Caillot de sang, mou, noirâtre, de formation récente, occupant toute la partie inférieure et antérieure du pont de Varole. Dans les ventricules, un peu de sérosité citrine. Dans les reins, masse considérable de tissu adipeux, avec atrophie de la substance corticale; dans le droit, gros kyste séreux et une tumeur, probablement fibrineuse, noirâtre à l'extérieur, blanchâtre en dedans, molle et filamenteuse (³).

DCCL° Obs. — Homme, trente-neuf ans, bonne santé. Perte de

(¹) Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 395.

(²) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 342.

(³) Siredey, *Bulletin de la Société anatomique*, 1858, p. 116.

connaissance et chute, avec rigidité générale du système musculaire. Mouvement de torsion en arrière et en dehors du bras droit. Bouffissure, lividité de la face, un peu d'écume à la bouche. Cet accès épileptiforme ne dure qu'une minute. La résolution lui succède. Apparence d'un sommeil tranquille. Les deux bras, le droit surtout, se lèvent successivement vers la tête comme pour enlever un obstacle. Les membres inférieurs se meuvent spontanément sans roideur ni convulsions; la respiration est seulement diaphragmatique, limitée à un mouvement de soufflet de la base de la poitrine. Chaque inspiration est lente et fait entendre un bruit comparable au ronflement du sommeil. Les muscles du bassin prennent part à l'effort que fait le diaphragme. Sensibilité générale conservée, mais engourdie. Cessation complète des fonctions intellectuelles. Le malade ne peut être réveillé. Une petite quantité d'urine s'écoule par jets. Pouls calme et régulier. Le cœur a conservé son rhythme normal. Cet état dure une heure; puis, les mouvements de la poitrine se ralentissent et s'arrêtent, sans changement de la physionomie et de la coloration. Pupilles dilatées. Pendant sept minutes après la dernière expiration, le cœur et le pouls continuent à battre régulièrement. — Épaisseur notable des os du crâne, méninges gorgées de sang. Cerveau, cervelet sains. Quatrième ventricule intact. La protubérance contient dans son centre un foyer hémorrhagique, qu'occupe un caillot demi solide, du volume d'un pois; l'excavation dans laquelle il est reçu est entourée d'une couche de substance cérébrale piquetée de sang, et ramollie. Le tout représente le volume de la dernière phalange du petit doigt. La situation précise du foyer est plus près du plancher du quatrième ventricule que de la face inférieure de la protubérance, un peu inclinée à gauche, et au niveau de l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du ventricule, au dessous des colonnes de fibres blanches, qui semblent être le prolongement des faisceaux latéraux du bulbe et concourent à former la paroi du ventricule lui-même (1).

DCCLIe Obs. — Femme, quarante ans. Pleuro-pneumonie gauche, accès fébriles intenses, traités par le sulfate de quinine. La fièvre cesse, mais il survient des mouvements spasmodiques graves, des étouffements, des battements tumultueux du cœur, des convulsions de la face, des yeux, le trismus. Mort. — Au centre du mésocéphale, dans un espace de cinq lignes de long sur trois de large, piqueté et congestionné, de couleur rouge. Au milieu de ce foyer sont de petits ilots dont la rougeur est moins prononcée. En arrière

(1) Mesnet, communication à l'Académie des Sciences. (*Archives*, 5e série, t. XVIII; 1861, t. II, p. 362.)

se trouve un deuxième foyer hémorrhagique. Substance cérébrale ferme ([1]).

DCCLII^e Obs. — Portefaix, quarante-deux ans. Attaque d'apoplexie, chute, insensibilité, respiration stertoreuse, pupilles contractées, et mort six heures après. — Dans le pont de Varole, cavité irrégulière du volume d'une petite noix, pleine de sang coagulé, évidemment de formation récente, ayant ses parois déchirées. Troncs des artères carotides internes un peu roides; les autres vaisseaux sains. Substance corticale des reins parsemée de taches fauves dues à un dépôt de matière exsudée dans les espaces intertubulaires ([2]).

DCCLIII^e Obs. — Potier d'étain, quarante-quatre ans. Porté à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, le 1er décembre, dans un état de coma complet. Ronflement; pouls 60, s'affaiblissant rapidement. Pas de spasmes ni de convulsions. Mort au bout d'une heure. Il venait d'être pris par une attaque. Un camarade assurait qu'il en avait eu d'autres précédemment. — Les organes encéphaliques paraissent être dans l'état ordinaire, peut-être un peu congestionnés. Dans les ventricules, peu de fluide, et leurs parois non ramollies. Le pont de Varole est volumineux, et deux ou trois petits caillots se montrent à sa surface sous l'arachnoïde; il est mou et élastique au toucher; ces changements ne s'étendent pas jusqu'aux pédoncules. En divisant cet organe, on trouve une cavité assez large pour loger une noix, remplie d'un coagulum noir, mou. Cette cavité est évidemment le résultat d'une déchirure. L'épaisseur des parois varie d'un huitième à un sixième de pouce. Toutes les autres parties du cerveau et les artères sont exemptes d'altération. Cœur volumineux, à parois épaisses et fermes; cavités étroites et vides; valvules saines, excepté celles de l'aorte, un peu resserrées et épaissies, et présentant quelques légères concrétions calcaires sur leurs bords. Dans l'aorte, quelques dépôts athéromateux. Reins pâles, légèrement granuleux, contenant deux ou trois petits kystes ([3]).

DCCLIV^e Obs. — Femme. A quarante-cinq ans, manie furieuse, puis démence tranquille; à quarante-huit ans, légère attaque de paralysie, parole très difficile, incohérence des souvenirs, mouvement presque impossible. Mort après plusieurs années d'inertie. — Maigreur, crâne mince, cerveau décoloré. La protubérance cérébrale contient, à sa partie moyenne et vers la ligne médiane, une cica-

([1]) (Service de Bricheteau.) *Gazette des Hôpitaux*, 1838, t. XII, p. 484.
([2]) Bristowe, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1860, t. XI, p. 11.
([3]) *Idem, ibidem*, 1857, t. IX, p. 7.

trice brunâtre, bridée à son intérieur par des fausses membranes dures et résistantes sous le scalpel, de trois à quatre lignes de diamètre en tous sens. Cervelet petit, mollasse, injecté (¹).

DCCLVᵉ Obs. — Peintre, quarante-six ans, autrefois abus des spiritueux. Il éprouve, en se baissant, des crampes dans les extrémités et tombe sans connaissance. Respiration stertoreuse; face gonflée, livide; conjonctives injectées, pupilles contractées; pouls dur, plein, 80. Immobilité complète, paralysie des paupières, face insensible aux stimulants. Mort dans un état d'asphyxie, quatre heures et demie après l'événement. — Adhérences anciennes de l'arachnoïde. Protubérance presque doublée de volume, molle, pulpeuse. Pédoncules ramollis. La protubérance est creusée d'une cavité qui renferme du sang coagulé et de la substance cérébrale ramollie. Les fibres transversales ont été respectées, les fibres médullaires détruites, à l'exception d'une petite portion de la colonne droite supérieure. Le ventricule latéral gauche contient du sang qui a pénétré par la destruction de l'hypocampe. Un peu de sérosité dans le ventricule latéral droit. Face interne des couches optiques teinte de sang; les autres parties saines (²).

DCCLVIᵉ Obs. — Femme, quarante-sept ans, constitution athlétique, épileptique depuis dix ans. Avril 1844, convulsions violentes, puis hémiplégie gauche. Depuis, contracture des doigts et du membre supérieur gauches; vessie et rectum à moitié paralysés. Janvier 1845, attaque épileptique, perte de connaissance prolongée, sentiment et mouvement suspendus, puis rétablissement de l'usage des sens; mais l'hémiplégie reste. Plus tard, symptômes adynamiques, et mort en mars, dans un état d'asphyxie. — Trachée et bronches pleins d'une matière purulente. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne abondante. Pie-mère injectée, sans adhérences. Plusieurs circonvolutions atrophiées. Dans le lobe antérieur gauche, très petite cavité contenant un fluide roussâtre. Dans les ventricules, demi-cuillerée de sérosité. Dans la protubérance annulaire, quatre petites cavités hémorrhagiques; la plus grande égale la grosseur d'un pois. Elles contiennent quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Ces foyers ne communiquent pas entre eux : deux sont sur la ligne médiane, deux dans la moitié latérale droite. Moelle saine (³).

DCCLVIIᵉ Obs. — Un aliéné atteint le vendredi subitement d'apoplexie, avec paralysie des quatre membres, meurt le dimanche. — La

(¹) Scipion Pinel, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1825, t. V, p. 344.
(²) W. B. Herapath, *The Lancet*, january 1848. (*Archives*, 4ᵉ série, t. XVI, p. 496.)
(³) Niobey, Thèses de la Faculté de Paris, 1848, nº 147, p. 26.

seule altération constatée est un caillot du volume d'un pois, situé près du centre du pont de Varole, plus du côté droit que du gauche. Artères de la base saines (¹).

DCCLVIIIᵉ Obs. — Cordonnier, cinquante-cinq ans, petite taille, constitution forte, adonné aux spiritueux. Il tombe dans la rue le 28 janvier, sans avoir fait d'excès ce jour-là, mais il s'était enivré l'avant-veille. Au moment de la chute, mouvements convulsifs violents, puis décubitus dorsal, face violacée, veines cervicales gonflées. Résolution complète des quatre membres, sensibilité obtuse, mais non détruite. Quand on pince la peau, on distingue quelques contractions musculaires; yeux tournés en haut, pupilles immobiles, ouïe obtuse; évacuations involontaires. Respiration stertoreuse; parois thoraciques presque immobiles; sensibilité diminuée aux parois thoraciques et abdominales. Pouls fort, fréquent. Mort dix heures après l'invasion. — Sinus longitudinal supérieur gorgé de sang noir. Adhérences anciennes des deux feuillets de l'arachnoïde vers la partie postérieure de l'hémisphère droit, avec teinte opaline. Veines de la pie-mère très engorgées. Infiltration séreuse de cette membrane. Substance corticale de couleur foncée. Substance médullaire pointillée de rouge; pas d'autre lésion. Le mésocéphale, d'un blanc bleuâtre, parait volumineux; il offre de la fluctuation. Son tissu est détruit par un foyer hémorrhagique récent; sa substance blanche est réduite à une sorte de coque de deux lignes d'épaisseur; le sang est fluide, avec quelques petits caillots, et des portions de substance cérébrale nagent dans le liquide. Méninges rachidiennes injectées. Moelle saine (²).

DCCLIXᵉ Obs. — Débardeur, cinquante-neuf ans, constitution forte, occiput large. Cet homme avait eu des coups de sang sans perdre connaissance. 18 avril, il tombe privé de connaissance, de sentiment et de mouvement. L'émétique ne le fait pas vomir. Immobilité générale, coma; urines involontaires. Troisième jour, déglutition impossible; pas de déviation de la bouche. Respiration bruyante, pouls petit, fréquent; froid glacial, sueur gluante. Mort le même jour. Injection considérable des vaisseaux cérébraux. Le mésocéphale, volumineux, contient un foyer considérable, d'où s'écoule une once de sang liquide et des caillots. Les parois du foyer avaient à peine deux lignes d'épaisseur, un peu plus à gauche qu'à droite. Sur la partie antérieure droite, on avait remarqué une petite tache noire sans ouverture (³).

(¹) Morison, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1846, t. I, p. 36.
(²) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 66.
(³) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris*, p. 353.

DCCLX^e Obs. — Homme, soixante-un ans, constitution apoplectique, buveur. Il tombe, et ne peut se relever. Bras et jambes agités de mouvements convulsifs, puis immobilité. Face violette, stertor; pouls dur, fréquent, fort; écume à la bouche. Rigidité des mâchoires. Paralysie générale. Extrémités froides. Respiration rare, état d'asphyxie. Mort la neuvième heure. — Cerveau sain. Foyer hémorrhagique considérable dans le centre du mésocéphale. Poumons emphysémateux ([1]).

DCCLXI^e Obs. — Femme, soixante-six ans, trouvée la nuit, 21 octobre, étendue sur le plancher, insensible, ayant vomi beaucoup de matières bilieuses; elle reste immobile, comme dans un profond sommeil. Respiration régulière, fréquente et naturelle; pupilles également et complètement resserrées, insensibles à la lumière; les deux côtés sont dans une égale résolution. Chaleur naturelle, plus élevée à la tête d'abord, puis à tout le corps. Mort au bout de soixante-six heures. — Veines de la dure-mère pleines de sang. Vaisseaux de la pie-mère congestionnés. Cerveau et cervelet fermes, mais d'une couleur foncée, à cause de l'injection des vaisseaux. Dans le centre du pont de Varole, peut-être un peu plus à gauche qu'à droite, mais ne s'étendant d'aucun côté jusqu'à la surface, se trouve un caillot de sang remplissant un espace de la grosseur de la moitié d'une noix ([2]).

DCCLXII^e Obs. — Homme, soixante-quatorze ans. 12 février, pesanteur de tête. Le lendemain, à dix heures, perte complète de connaissance. Convulsions générales, suivies de paralysie des membres; sensibilité obtuse. Respiration stertoreuse. Quatre heures après l'accident, mort. — Hémorrhagie au centre de la protubérance annulaire, qui est volumineuse, et qui renferme un foyer de la grosseur d'une noix, rempli de sang coagulé. Épaississement des méninges. Cœur normal ([3]).

DCCLXIII^e Obs. — Homme, soixante-quinze ans, robuste, haute taille, grand mangeur, très intelligent, adonné aux opérations financières les plus compliquées, disposé aux congestions céphaliques, fréquemment saigné. En août, congestion violente, perte de connaissance, roideur convulsive des membres. Rétablissement au bout du huitième jour. Il reprend ses habitudes, et mange beaucoup. Treize jours après, il meurt dans son lit, sans convulsion et sans bruit. A trois heures du matin, il s'était levé pour satisfaire un

([1]) Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux de Paris*, p. 351.
([2]) Nunneley, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1860, t. XI, p. 10.
([3]) Bertrand, *Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 48.

besoin. — Au centre du mésocéphale existe un petit foyer sanguin, en partie cicatrisé. Autour de ce foyer se voient cinq petits foyers de la grosseur d'une lentille, contenant du sang non altéré dans sa couleur. Autour de ces foyers, la substance cérébrale est ramollie. Cœur volumineux. Ventricule gauche hypertrophié [1].

DCCLXIV° Obs. — Ancien restaurateur, soixante-quinze ans, quelques atteintes de rhumatisme, usage fréquent du vin, mais sans excès. Il y a trois ans, attaque apoplectiforme, avec perte de connaissance, suivie d'embarras de la parole, de faiblesse des membres inférieurs, et assez souvent d'élancements à la plante des pieds. Tous les deux ou trois mois, étourdissement, affaissement, station difficile, embarras plus grand de la parole et des idées, mouvements gênés, sommeil agité. Vue affaiblie. Appétit; soif continuelle, urines abondantes et très limpides. Elles ne précipitent pas la liqueur de Barreswil. Hébétude, regard vague et fixe; pupilles peu mobiles et inégales, la droite est plus large. Débilité des membres. Pas de déviation des traits. 13 février, faiblesse subite, perte de connaissance, chute. Résolution complète, mort apparente; pas de pouls, pas de respiration pendant quelques instants. Réaction momentanée, respiration lente, suspirieuse, et alors pouls très large, mais lent. Déglutition impossible. Mort au bout de dix minutes. — Teinte louche, blanchâtre des méninges sur les hémisphères cérébraux. Pie-mère infiltrée. Substance cérébrale très ferme. Sérosité rougeâtre dans les ventricules. Cervelet un peu mou. Plancher du quatrième ventricule ayant une teinte gris-jaunâtre foncée, sillonné d'un grand nombre de vaisseaux remplis de sang. La protubérance ne présente rien d'anormal à sa surface; elle est occupée par un foyer sanguin qui la remplit tout entière, n'ayant laissé qu'une coque de deux ou trois millimètres, et constitué par une bouillie noirâtre, mélange de sang coagulé et de matière cérébrale ramollie. Les petites artères voisines se brisent aisément; elles offrent des dilatations variqueuses. Les grosses artères de la base offrent la dégénérescence athéromateuse ordinaire à l'âge du sujet [2].

DCCLXV° Obs. — Femme, quatre-vingts ans, épileptique. Janvier, elle tombe sans connaissance. Décubitus dorsal, perte de l'intellect, du sentiment, du mouvement; yeux fermés, fixes; pupilles dilatées, insensibles; bouche fermée, non déviée; stertor; pouls dur, large, fréquent. Extrémités froides. Mort au bout de douze heures. — Quelques cuillerées de sérosité dans les ventricules; pas d'altération

[1] Belhomme, *Bulletin des Travaux de la Société de Médecine pratique de Paris*, 1835.
[2] Potain, *Bulletin de la Société anatomique*, 1862, p. 50.

dans le cerveau ni le cervelet. Protubérance volumineuse, arrondie, contenant un vaste foyer sanguin, fermé de toutes parts, situé exactement au centre. Caillot peu consistant, noirâtre, du volume d'une amande; la surface interne de cette cavité offre un aspect grisâtre, tomenteux, et quelques plaques rougeâtres, circonscrites, qui résistent au lavage. Les couches superficielles de la protubérance sont fermes, plus dures que celles des parois du foyer (1).

Le siége du foyer hémorrhagique au centre du mésocéphale entraîne des difficultés assez notables dans la symptomatologie. Les spasmes, les convulsions, la rigidité du système musculaire se montrent assez souvent. Il n'y a point ordinairement d'hémiplégie; mais plutôt paralysie des quatre membres et insensibilité générale. L'influence sur l'état mental est aussi assez marquéè, et les plus grands contrastes s'observent dans la marche de la maladie, tantôt rapidement mortelle, tantôt d'une lenteur étonnante, permettant à la vie de persister malgré des désordres profonds.

§ V. — Hémorrhagies du mésocéphale dont le foyer s'est ouvert dans le quatrième ventricule.

DCCLXVIe Obs. — Femme, vingt ans, pas d'état maladif antérieur. Pendant l'accouchement, attaque d'apoplexie, dont les symptômes les plus saillants sont une grande dyspnée et des mouvements convulsifs des quatre membres, suivis d'une complète résolution. La mort a lieu deux heures après le commencement de l'attaque. — Épanchement sanguin fort considérable dans le mésocéphale. Déchirure de la paroi supérieure, pénétration du sang dans le quatrième ventricule et dans le troisième. Pas de lésion remarquable des parois ni des autres organes (2).

DCCLXVIIe Obs. — Peintre, trente-deux ans. Colique métallique à trois reprises, une fois avec délire passager. Depuis plusieurs jours, douleurs rachidiennes et articulaires. Amélioration sous l'influence des bains sulfureux. Violent accès de convulsions toniques et cloniques, avec perte de connaissance; état vultueux de la face, déviation des traits et écume sanglante à la bouche. Coma et mort, survenue au bout de quelques heures. — Vaisseaux des méninges et

(1) Niobey, Thèses de Paris, 1848, n° 147, p. 25. (Service de M. Lelut, Salpêtrière.)
(2) Monod, *Bulletin de la Société anatomique*, 1828 (2e édition, 1845), p. 253.

de l'encéphale très injectés. Cerveau dense. Circonvolutions un peu aplaties. Substance blanche d'un aspect nacré. Un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules latéraux. Dans le mésocéphale, foyer hémorrhagique considérable, formé de caillots et communiquant avec le ventricule du cervelet. Autour du foyer principal, plusieurs petits foyers et des traînées rouges paraissant dépendre des vaisseaux dilatés ou rompus (1).

DCCLXVIII^e Obs. — Femme, trente-quatre ans; elle tombe subitement le 18 avril. Hémiplégie droite, avec anesthésie et paralysie du côté gauche de la face, qui est tirée à droite. Les paupières droites peuvent se fermer volontairement, et non les gauches. Les actions réflexes de l'extrémité inférieure paralysée sont promptement excitées et contrastent avec le mode normal des contractions volontaires du membre congénère. Langue sèche et chargée. La connaissance se maintient, et même l'intelligence, jusqu'à deux ou trois heures avant la mort, arrivée le 23 avril. — Aucune effusion liquide dans le cerveau et le cervelet; mais, en divisant le mésocéphale, on découvre un caillot gros comme une noisette entouré d'un tissu nerveux, légèrement ramolli et parsemé de nombreux points sanglants. Une section, pratiquée sur la ligne médiane, passait presque à travers le centre de l'effusion, qui s'était fait jour dans le quatrième ventricule. Vaisseaux de la base extrêmement dégénérés près la protubérance et la moelle allongée. L'altération était adipeuse et calcaire, on trouvait à peine un vaisseau encore sain; les plus petits présentaient toutes les formes de dilatation; un vaisseau parut prêt à éclater; en un point il était dilaté jusqu'à former une sorte de sac; un autre offrit une série de sacs. Les parois vasculaires étaient affaiblies dans les points altérés (2).

DCCLXIX^e Obs. — Charpentier, trente-cinq ans, phlegmatique, pâle, musclé, sobre. En novembre, après un travail extraordinaire, céphalalgie intense. Le 25 mai, il boit quelques verres de spiritueux et se sent plus souffrant de la tête; il a une soif continuelle. Le 31, attaque de suffocation, toux, puis assoupissement. Le 1er juin, il travaille néanmoins tout le jour à un ouvrage fatigant. A la même heure que la veille, la même attaque se renouvelle. Céphalalgie intolérable; état très grave; vomissement du souper; insensibilité. Une heure après, respiration irrégulière et laborieuse; les inspirations se suspendent pendant un quart de minute; pouls lent et irrégulier, intermittent. Mort deux heures et demie après que la respi-

(1) Lemaire (service de M. Gueneau de Mussy), *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 325.
(2) Barlow, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1853, t. IV, p. 28.

ration a été affectée. — A l'ouverture du crâne, et après l'examen du cerveau, beaucoup de sang s'est écoulé, et on en trouve une livre dans le bassin placé sous la tête. Veines de la dure-mère très engorgées. Petites branches des artères des méninges injectées et distinctes. Effusion d'une petite quantité de fluide séreux entre l'arachnoïde et la pie-mère. Substance cérébrale ferme; points nombreux provenant de la division des vaisseaux. Les deux ventricules sont remplis d'un fluide clair limpide (une once et demie). Veines des parois très engorgées. Plexus choroïdes pâles, l'un d'eux offrant une grappe de vésicules. A la partie antérieure de la glande pinéale, entre les racines des pédicules, sont de très petites vésicules transparentes d'un jaune clair. Troisième ventricule non dilaté. Le pont de Varole contient une collection de sang noir coagulé, dans une cavité irrégulière à surface rugueuse. Ce foyer s'étend jusqu'à une ligne de la surface externe de la protubérance; il y avait là deux onces de sang. Il communique avec le quatrième ventricule, qui est aussi plein de sang ([1]).

DCCLXXe Obs. — Homme, trente-huit ans, sobre. 22 mai, rencontré par le policeman, il se plaint de souffrir beaucoup et de ne pas y voir; au même instant, il perd connaissance et a quelques convulsions; bientôt après, insensibilité absolue, extrémités relâchées et paralysées, pupilles contractées, insensibles; respiration un peu stertoreuse, pouls 120. Peu de moments après, face et cou congestionnés, respiration suspendue, pouls faible, intermittent; bras fortement étendus, tête portée en arrière, bouche entr'ouverte. Cet état ne dure que quelques secondes; le malade semble se ranimer; mais bientôt, coma, nouveaux accès d'asphyxie, et mort deux heures et demie après l'entrée à l'hôpital, laquelle avait suivi de près l'invasion des accidents. — Exsudation séreuse sous l'arachnoïde. Deux onces de sérosité dans les ventricules. Cerveau congestionné sans épanchement. De chaque côté du pont de Varole, un petit caillot sous l'arachnoïde. Dans la protubérance se trouve une cavité, pouvant loger une noix, remplie de sang en partie fluide, en partie coagulé, qu'on peut suivre jusque dans le quatrième ventricule, dont le plancher est déchiré. Parois de cette cavité molles, gris rougeâtre, d'aspect floconneux. Artères de la base du crâne infiltrées de matière athéromateuse ([2]).

DCCLXXIe Obs. — Femme, quarante ans, corpulente. Attaque d'apoplexie, suspension complète des fonctions sensoriales, céré-

([1]) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 102.

([2]) E. Parker, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1845, t. LXIV, p. 296. — *London medical Gazette*, 1846, août. (*Archives*, 4e série, t. XII, p. 481.)

brales, locomotrices. Le lendemain, face rouge, yeux brillants, pupilles très contractées, ouïe conservée; quelques réponses aux questions; possibilité de sortir la langue, de remuer les membres qui sont roides; distorsion de la bouche; pouls plein, respiration haute; chute du lit à plusieurs reprises. Mort au bout de quelques jours. — Sinus et vaisseaux cérébraux très gorgés de sang noir. Dans la portion gauche de la protubérance annulaire, épanchement d'une once et demie de sang en partie concrété, et ayant pénétré jusqu'au quatrième ventricule. Cerveau consistant (1).

DCCLXXIIe Obs. — Homme, quarante ans; aliénation mentale par suite de chagrins. Paralysie générale datant de trois ans; entérite dissipée. Le 7 février, après avoir dîné, perte de connaissance, face bleuâtre, yeux ternes, pupilles largement dilatées, immobiles, bouche entr'ouverte, écume sanguinolente à la bouche; sensibilité abolie; bras légèrement contracturés, mains fermées, pouces en dedans; jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin; respiration stertoreuse, pouls plein, lent, dépressible; refroidissement. Mort au bout de quatre heures. — Os du crâne injectés. Dure-mère congestionnée, tapissée à sa face interne par une pseudo-membrane celluleuse, rougeâtre, résistante, très vasculaire, qui lui adhère intimement et nullement à l'arachnoïde viscérale. Ossification épaisse dans la faux du cerveau. Hémorrhagie dans la protubérance annulaire, avec effusion sanguine dans le quatrième ventricule paraissant provenir des deux côtés de l'organe, dont la substance est ramollie, tomenteuse et entremêlée de caillots mous et noirâtres. Cœur très hypertrophié. Artères du cerveau légèrement athéromateuses (2).

DCCLXXIIIe Obs. — Balayeur public, cinquante-cinq ans. 26 mars, attaque d'apoplexie en travaillant. Mouvements convulsifs comme épileptiques, écume à la bouche. Aucune réponse aux questions; toutefois, conservation du sentiment; respiration gênée, stertoreuse; résolution générale. Mort deux ou trois heures après l'accident. — Sérosité sanguinolente à la base du crâne et dans les ventricules latéraux. Substance du cerveau ferme, normale, mais très injectée, ainsi que la substance du cervelet. Sang épanché dans le quatrième ventricule. Foyer apoplectique dans les deux tiers postérieurs de toute l'étendue de la moelle allongée; le sang, récemment épanché, a déchiré la substance médullaire. Le foyer s'étend aussi dans les pédoncules cérébelleux (3).

(1) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. II, p. 50.

(2) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, no 763, p. 72.

(3) Bouillaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. II, p. 56.

DCCLXXIVe Obs. — Homme, soixante ans, subitement frappé en juin, à huit heures du soir, d'une attaque d'apoplexie, avec perte de la parole et de l'intelligence; paralysie des deux côtés, insensibilité, paralysie de la vessie et du rectum; face injectée, respiration stertoreuse; pouls petit, concentré; vomissements. Mort au bout de neuf heures. — Téguments du crâne gorgés de sang. Foyer sanguin dans le centre du mésocéphale, communiquant avec le quatrième ventricule. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Réplétion de la vessie et du rectum. Rachis dans l'état normal (1).

DCCLXXVe Obs. — Homme, soixante ans, ramassé dans la rue sans connaissance. Coma complet, résolution des membres, insensibilité; face très congestionnée, bleuâtre; turgescence et teinte asphyxique de tous les tissus; poitrine sonore, mais pleine de gros râles. Le sang de la saignée coule mal. Mort quatre ou cinq heures après le début. — Hémorrhagie du milieu de la protubérance, ayant fait irruption dans le quatrième ventricule. Poumons gorgés de sang noir. Cavités du cœur droit distendues par une masse de sang à demi coagulé, comparable à de la gelée de groseille trop cuite; moins dans les cavités gauches (2).

DCCLXXVIe Obs. — Femme, soixante-deux ans. Depuis trois jours, céphalalgie. Perte subite de connaissance, en septembre, le matin de bonne heure. Abolition du sentiment et du mouvement. Résolution complète des membres, bouche non déviée, clignotement léger des paupières; pouls dur et fort, 80; déglutition impossible. Mort en cinq heures. — Mésocéphale converti en une poche fluctuante et quelques petits foyers autour du foyer principal, lequel s'ouvre dans le quatrième ventricule. Dans les ventricules latéraux, sérosité lie de vin. Ventricule gauche du cœur hypertrophié (3).

DCCLXXVIIe Obs. — Homme, soixante-dix-neuf ans, maigre. Décembre, attaque pendant la nuit, agitation considérable; décubitus dorsal, mais redressement subit du tronc; parole impossible, cris inarticulés, intellect conservé; paralysie de la moitié droite de la face et des membres gauches; coma, évacuations involontaires. Mort vingt heures après l'attaque. — Le quatrième ventricule est distendu par beaucoup de sang coagulé; sa paroi inférieure est érodée et creusée d'un foyer de la capacité d'une noisette, situé à droite de la ligne médiane, et s'étendant dans la moitié interne du pédoncule cérébelleux inférieur correspondant. Ramollissement et

(1) Larrat, *Thèses de la Faculté de Médecine de Paris*, 1821, no 6, p. 36.
(2) Blondet, *Union médicale*, 1857, p. 497.
(3) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 21e livraison, planche V, p. 2.

infiltration sanguine de la substance nerveuse autour du foyer. État athéromateux des artères basilaire, cérébelleuses et cérébrales (¹).

DCCLXXVIIIe Obs. — Homme, quatre-vingt-cinq ans, bien portant jusqu'à la nuit du 4 février, lorsque s'étant levé pour uriner, et ayant répondu quelques mots à une personne lui demandant ce qu'il voulait, il tombe en frappant violemment la tête sur le plancher. On le relève, on le remet au lit; il est insensible, mais il respire assez librement, comme s'il était endormi. Le lendemain matin, pouls plein et dur, 92; respiration un peu laborieuse, mais pas stertoreuse; paupières baissées, mâchoire relâchée. Le jour suivant, respiration plus pénible, un peu stertoreuse; mâchoire plus relâchée; pouls plus lent, mais plein et dur. Mort le soir. — Vaisseaux de la pie-mère extrêmement gorgés de sang non extravasé. Substance corticale du cerveau plus foncée qu'à l'ordinaire et parsemée de taches d'apparence pétéchiale. Le ventricule gauche contient prés de deux onces de sérosité, et ses parois conservent la forme et la largeur que lui avait imprimées la pression du liquide. Plexus choroïdes pâles, contenant de petites tumeurs molles et très vasculaires. Cervelet normal. Quelques points de sang coagulé sur la paroi antérieure du quatrième ventricule. La division de cette partie fait reconnaître plusieurs couches minces de sang presque coagulé. La disposition de cette extravasation est remarquable : c'étaient de minces couches de sang parallèles les unes aux autres, transversales et en sens opposé aux fibres longitudinales de la moelle. Ces caillots étaient déposés à petite distance les uns des autres. Les grandes artères du cerveau étaient toutes plus ou moins ossifiées. Ossifications à la base des oreillettes, aux artères coronaires, aux valvules semi-lunaires aortiques, et à l'aorte, qui est dilatée (²).

DCCLXXIXe Obs. — Femme. Perte subite de connaissance, chute, sydération complète. Mort prompte. — Hypertrophie du cœur. Congestion cérébrale peu marquée. Épanchement sanguin dans la protubérance annulaire, avec déchirure des tubercules quadrijumeaux, de la valvule de Vieussens, et pénétration du sang dans le quatrième ventricule (³).

(¹) Hillairet, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1860, 3e série, t. II, p. 6.
(²) Howship, *Practical Observations in Surgery and morb. Anatomy*, 1816, p. 59.
(³) Rostan, *Lancette française*, 1830, t. III, p. 85.

§ VI. — Hémorrhagies du mésocéphale, dont le foyer s'est ouvert à la surface inférieure de cet organe.

DCCLXXX° Obs. — Capitaine-trésorier, cinquante ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution molle, face peu colorée, cou court, taille moyenne, vie sédentaire, goutteux. 10 janvier, temps très froid, neuf heures et demie du matin, étant en séance du Conseil d'administration, il tombe sans connaissance. Perte complète du sentiment et du mouvement; yeux ouverts; pupilles immobiles, peu dilatées; tendance de la tête à se porter à droite, commissure des lèvres un peu déviée dans ce sens. Les membres droits se contractent faiblement; ils sont agités de petits mouvements convulsifs ou d'une espèce de tremblement, qu'augmentent les frictions ammoniacales. Le mouvement volontaire et toute sensibilité sont éteints dans le côté gauche. Pouls petit, non fréquent; face peu colorée. Le sang de la saignée coule avec peine. Le malade ne reprend pas connaissance. Déglutition impossible. Mort le soir à sept heures (dix heures de maladie). — Cerveau baigné de sang, ecchymoses dans la pie-mère. Protubérance détruite dans les quatre cinquièmes de son volume, remplacée par un énorme caillot. La substance cérébrale, désorganisée, fait saillie par une rupture de la face inférieure du pont de Varole, à droite de la ligne médiane. Après un lavage, la protubérance ressemble à une coque vide (1).

DCCLXXXI° Obs.—Homme, cinquante-quatre ans. Coma; pouls 100, respiration 28. Mort au bout de quelques heures. — Épanchement sanguin à peu de profondeur dans la protubérance; il s'était fait jour à la surface, et s'était répandu dans le canal rachidien (2).

DCCLXXXII° Obs. — Homme, soixante-neuf ans. 28 avril, le matin, tournoiements de tête et chute sur la partie postérieure du corps. Une heure après, décubitus dorsal; face rouge, tuméfiée; veines du cou gonflées à chaque inspiration; yeux fermés, pupilles dilatées, bouche béante, respiration très lente; pouls dur, fréquent; de temps en temps, mouvement convulsif général, sensibilité obtuse des deux côtés (saignée de la jugulaire), rémission; sensibilité moins obtuse, légers mouvements involontaires des lèvres. La nuit, le malade tombe du lit. A deux heures du matin, immobilité; face violette, gonflée; œil terne, pupilles très dilatées, stertor; pouls très fréquent, petit; insensibilité, froid général. Mort

(1) Cavellier, *Mém. de Méd., Chir. et Pharm. milit.*, 2e série, t. XI, 1853, p. 262.
(2) Bache, *Bulletin de la Société anatomique*, 1834, p. 40.

à cinq heures (vingt-cinq heures après l'invasion). — Épanchement de sang dans les fosses occipitales. Mésocéphale dilacéré en avant et un peu à droite, offrant une ouverture inégale, à bords déchirés. Le foyer aurait contenu un petit œuf; il a des parois minces, et présente dans son intérieur une multitude de capillaires remplis de sang noir. Les lames de substance médullaire les plus voisines ont une teinte jaune-verdâtre. Poumons emphysémateux. Gros intestins phlogosés [1].

DCCLXXXIII[e] Obs. — Femme, soixante-quinze ans, attaque subite. Mort immédiate. — Épanchement de sang au centre du mésocéphale; déchirure à droite, ayant laissé le sang se répandre à la base du crâne. Cerveau et autres organes sains [2].

§ VII. — Hémorrhagies du mésocéphale, dont le foyer s'est ouvert à la surface de cet organe et dans le quatrième ventricule.

DCCLXXXIV[e] Obs. — Homme, soixante ans, forte constitution, tempérament sanguin. Il travaille assis dans la rue. Tout à coup, il sent une vive douleur de tête, se lève brusquement et se met à fuir. Au bout de quelques pas, il tombe sans connaissance. Sensibilité très obtuse. Convulsions générales, ayant beaucoup d'analogie avec l'épilepsie; roideur des membres non permanente. Respiration bruyante, stertoreuse; salive écumeuse. Mort cinq heures après l'invasion de l'attaque. — Protubérance convertie en une poche sanguine, rompue du côté de la gouttière basilaire et du côté du quatrième ventricule, lequel est plein de sang. La continuité des fibres ascendantes des cordons antérieurs et latéraux de la moelle avait été complètement détruite [3].

DCCLXXXV[e] Obs. — Femme, soixante-treize ans. Septembre, récemment guérie d'une fracture du radius, tombe tout à coup sans connaissance d'une apoplexie foudroyante. Mort deux heures après. — Injection considérable des vaisseaux céphaliques; beaucoup de sang liquide et coagulé dans la cavité de l'arachnoïde. Protubérance annulaire volumineuse convertie en une poche remplie par du sang noir; déchirure ouverte à la surface, et communication avec le quatrième ventricule, qui est plein de sang, ainsi que le troisième. Cœur hypertrophié [4].

[1] Serres, *Annuaire médico-chirurgical des Hôpitaux*, p. 356.

[2] Godin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1845, p. 99.

[3] P. H. Bérard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, n° 23, p. 33, reproduite dans Ollivier, d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 143.

[4] Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 21e livraison, planche V, p. 1.

2me SECTION. — HÉMORRHAGIES DES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX.

DCCLXXXVIe Obs. — Fille, onze ans, faible, sujette à des palpitations de cœur, avec dyspnée et coloration livide de la face. 21 juin, céphalalgie intense, faiblesse des jambes; puis nausées, gonflement de la face; pouls 140. 25, paralysie de la paupière supérieure gauche, photophobie; pupille gauche dilatée, angle de la bouche pendant du même côté. Céphalalgie plus violente au côté gauche du front; conservation de l'intelligence et du mouvement des membres; sensibilité de la face conservée; un peu de délire. 28, 29, accès de fièvre. Le 30, trismus, contracture des extrémités, mort. — Cerveau volumineux. Pédoncule cérébral gauche ramolli dans une grande étendue (ainsi que le nerf optique voisin jusqu'au chiasma); il présente une ouverture. oblongue, conduisant à un abcès creusé dans ce pédoncule; le pus est blanc-grisâtre, mélangé de détritus de substance cérébrale. Au dessus et en arrière, foyer hémorrhagique de neuf lignes de diamètre, parfaitement circonscrit, renfermant des grumeaux de sang mêlés à du pus. Nerf oculomoteur commun gauche repoussé en avant, mais sain (¹).

DCCLXXXVIIe Obs. — Homme, vingt-huit ans. Depuis six mois, toux, sueur la nuit. Il y a trois semaines, céphalalgie. 27 janvier, hémoptysie, et immédiatement après engourdissement, stupeur, faiblesse, sans perte de connaissance. Au bout de quelques jours, assoupissement, paralysie du bras gauche, non de la jambe. Bientôt après, céphalalgie plus intense du côté droit, intelligence peu affectée. Parole lente, difficile, émise avec une sorte d'effort. Sens conservés. Perte du mouvement des deux membres gauches, avec maintien de la sensibilité. Bouche un peu déviée à droite. La langue sort en ligne droite. A diverses reprises, mouvements spasmodiques de la mâchoire inférieure. Pouls 60, bruits cardiaques normaux. Appétit; enduit blanc sur les bords de la langue. Constipation. Urine pesant 1,027 et déposant un sédiment copieux de mucus et de phosphates. Du 2 février au 12, jour de la mort, faiblesse de l'œil droit, qui ne peut s'ouvrir sans effort. Dans le froncement des sourcils, les rides sont plus distinctes du côté gauche. Pupille droite moins contractée que la gauche. Insomnie, mouvements convulsifs du côté droit. Plus tard, convulsions générales, délire, avec mussitation; urine rendue involontairement. Le malade semble entendre, mais il ne répond pas. Pouls 60, petit et faible. Dysphagie. Crocidisme, coma. — Sinus de la dure-mère presque vides; le longitu-

(¹) Stiebel, *Archives*, 4e série, t. XVI, p. 374.

dinal contient un petit caillot décoloré. Surface des hémisphères aplatie. Ventricules distendus par treize drachmes d'un sérum incolore et limpide. Corps calleux, septum, voûte et parois du quatrième ventricule très ramollis. A la base du cerveau, une exsudation semi-opaque et jaunâtre s'étend, sous l'arachnoïde, d'une scissure de Sylvius à l'autre, et du chiasma des optiques à l'origine de la cinquième paire, plus épaisse et plus dense en avant qu'en arrière. Dans le pédoncule cérébral droit, près de la couche optique, existe un caillot de sang rouge-noir du volume d'un pois, entouré de plusieurs petits points rouges, résultats d'une hémorrhagie capillaire. La substance médullaire circonvoisine est ramollie dans l'étendue d'un quart de pouce. Dans le pont de Varole sont deux petites indurations jaunâtres, de la grosseur d'un grain de millet. Tubercules pulmonaires [1].

DCCLXXXVIIIe Obs. — Femme, quarante ans, ayant souffert de l'épigastre. Vomissements muqueux et bilieux. Céphalalgie intense; parfois, délire ou coma; dans une attaque, la langue est mordue. Cet état morbide datait de trois ans, quand il survint des attaques épileptiformes plus intenses, avec vomissement noirâtre. Mort subite. — Beaucoup de sang dans les vaisseaux cérébraux. Dure-mère très distendue et comme soulevée. Circonvolutions aplaties. Substance cérébrale d'un blanc mat. Pas de points rouges à la division de son tissu; elle semble augmentée de volume et plus ferme qu'à l'ordinaire. Membranes sèches; pie-mère adhérant fortement à la surface du cerveau; ventricules resserrés et vides. Dans le pédoncule cérébral droit, en partie ramolli, se trouve un petit caillot de sang récemment extravasé, du volume d'un pois. Un petit corps, comparé par l'auteur à une glande absorbante tuméfiée, se trouvait dans l'arachnoïde, près de l'artère basilaire. Cervelet naturel. Le cerveau n'a pas été pesé. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur; muqueuse gastrique épaissie et vasculaire. Vaisseaux des poumons très injectés; quelques kystes dans les ovaires [2].

DCCLXXXIXe Obs. — Homme, cinquante-deux ans, atteint de maladie des valvules aortiques; il avait une céphalalgie habituelle; souvent, des tintements d'oreilles, et le sommeil troublé par des rêves fatigants. Dans le mois de mai, après un dîner modéré, il tomba subitement en faiblesse vertigineuse; il parlait distinctement, quand il tomba du côté droit. Bientôt après, sa parole est inintelligible, mais il reconnaît ceux qui l'entourent. Hémiplégie droite. La face est changée étrangement, la bouche attirée du côté gauche, et

[1] Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 390.
[2] Sims, *Médico-chirurgical Transactions*, t. XIX, p. 328.

les yeux sont tournés en différentes directions. Ptosis de la paupière supérieure gauche et strabisme; pouls faible, irrégulier; décubitus sur le dos, face très tirée à gauche; l'œil droit obéit mieux à la volonté, tandis que le gauche est entièrement privé de mouvement. Cornée de l'œil gauche toujours tournée vers le côté externe; les pupilles sont dilatées, mais la gauche plus que la droite; les deux se contractent sous l'influence de la lumière, et la gauche plus que la droite. Les objets de grosseur modérée ont une espèce d'ombre du côté gauche; les petits objets paraissent quelquefois doubles, et l'image gauche paraît beaucoup plus obscure que l'autre; mais en regardant attentivement un objet, l'ombre de la deuxième image disparaît. Quelques expériences furent faites par Stukey et Weber, et confirmèrent les observations précédentes. Une épingle, placée à un pied de distance, paraissait double; lorsqu'elle était portée à une grande distance ou rapprochée des yeux, le malade ne voyait plus qu'un seul objet; il ne voyait même qu'un seul objet à la distance d'un pied, s'il le fixait avec une grande attention. La vision de l'œil droit était parfaite. La portée de la vision distincte est plus courte pour l'œil gauche que pour le droit; auparavant, la force des deux yeux était égale. La pointe de la langue est inclinée du côté droit; la luette est tirée à gauche, la moitié droite du voile du palais est pendante. Sens de l'odorat, du goût et de l'ouïe non affectés; sensibilité de la moitié droite de la face beaucoup moins délicate que celle du côté gauche; bras et jambe droits privés de mouvement, leur sensibilité est très émoussée. Les membres paralysés sont plus chauds au dire du malade, mais non à la main du médecin. Les muscles du côté droit du thorax, quoique non paralysés, ont une action moins vigoureuse sous l'influence de la volonté que ceux du côté gauche. État mental naturel; déglutition normale; action des intestins très lente. Mort en juin de broncho-pneumonie droite. — Un peu de sérosité sous l'arachnoïde et entre les circonvolutions; sang coagulé dans les sinus de la dure-mère; artère basilaire roide, et contenant de la matière athéromateuse. Même état dans les divisions de la carotide interne et dans l'artère cérébrale moyenne du côté gauche. La substance des hémisphères et les ventricules n'ont rien d'anormal. Le pédoncule cérébral gauche paraît plus plein que le droit. La couleur diffère peu des deux côtés; le nerf de la troisième paire du côté gauche est manifestement poussé vers le droit. En faisant une section horizontale à travers le centre de la partie inférieure du pédoncule, on découvre un caillot oblong occupant sa moitié interne, ayant 15 millimètres de long et 6 de large; le sang est noir, et plus sec que s'il était formé nouvellement; tissu environnant teint d'une nuance jaune; aucune membrane n'est reconnue autour du caillot;

aucune différence apparente n'existe entre les deux nerfs de la troisième paire; les deux optiques sont parfaitement naturels. Cervelet, tubercules quadrijumeaux, pont et moelle allongée à l'état normal (1).

DCCXC° Obs. — Femme, soixante ans, symptômes de péritonite chronique. Depuis quatre ans, hémiplégie du côté droit; la sensibilité y est obtuse, le mouvement volontaire nul. Cette femme s'est trouvée paralysée un matin en se réveillant. Dans les premiers temps, la commissure buccale gauche était déviée. Intellect et parole en bon état. Pas de céphalalgie. — Le pédoncule cérébral gauche à sa partie moyenne, présente une cavité oblongue pouvant contenir une cerise, remplie d'un liquide séreux, verdâtre, tapissée par une membrane dense, résistante de texture fibro-séreuse. Autour, dans l'étendue de quelques lignes, la substance cérébrale est d'un blanc nacré et de consistance presque cartilagineuse. Péritoine malade (2).

Ces cinq observations montrent des modifications remarquables dans les symptômes.

On voit une attaque épileptiforme bientôt suivie de la mort, une paralysie limitée à un côté de la face, une hémiplégie bornée aux membres; enfin, une paralysie complexe dans laquelle les membres droits, le côté droit du thorax celui du voile du palais, l'angle des lèvres, sont paralysés du même côté, tandis que la paupière supérieure gauche et l'œil gauche sont affaiblis. C'est une paralysie alterne d'un mode tout à fait particulier.

3me SECTION.—HÉMORRHAGIES DU MÉSOCÉPHALE DONT LE FOYER S'EST ÉTENDU DANS LES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX ET CÉRÉBELLEUX.

DCCXCI° Obs. — Garçon, dix ans, malaise, fièvre, vomissement constipation. Coma, cris quand on le remue. Respiration lente et profonde; pupille gauche plus dilatée que la droite, qui est un peu contractée. Résolution du bras gauche, dont la sensibilité n'est pas abolie. Côté droit sensible et mobile. Pas de contracture. Ventre déprimé. Mort le septième jour. — Tubercules disséminés dans le

(1) Hermann Weber (de Bonn), *Médico-chirurgical Transactions*, 1863, t. XLVI, p. 12[illegible]
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 339.

poumons, le péritoine, les reins, le mésentère. Granulations nombreuses dans la scissure de Sylvius. Sérosité rosée dans les ventricules cérébraux; glande pinéale un peu indurée. Dans le mésocéphale, foyer occupant les deux tubercules quadrijumeaux postérieurs et une partie des antérieurs, du droit surtout, pénétrant dans le pédoncule cérébral droit jusqu'à la couche optique, qui en est ecchymosée, enfin s'étendant en arrière dans le lobe médian et le lobe droit du cervelet ([1]).

DCCXCIIe Obs. — Femme, soixante-six ans. Le 4 juin au soir, étant dans la rue, elle chancelle et tombe. Bientôt après, respiration stertoreuse, insensibilité absolue. Mort en quatre heures. — Arachnoïde de la partie supérieure du cerveau opaque, épaisse et adhérant à la pie-mère, excepté dans les endroits où un fluide était extravasé entre elles. Circonvolutions du cerveau petites, écartées, fermes et sans vascularité exagérée. Dans les ventricules, quatre onces de sérosité limpide et peu colorée. Parties inférieures du cerveau fermes et de couleur naturelle. Pont de Varole et pédoncules cérébraux, surtout le gauche, siéges d'une grande extravasation sanguine qui a déchiré la substance nerveuse, de manière à distendre ces parties comme une poche, offrant une sensation obscure de fluctuation. Sang en partie coagulé. Une petite portion de ce fluide s'est échappée du pédoncule en enlevant le cerveau. La continuité de la substance nerveuse était maintenue à la surface inférieure du pont de Varole, dont les lames superficielles étaient exemptes d'altération. Artères cérébrales et vertébrales malades dans une grande étendue; mais la source de l'hémorrhagie ne peut être découverte. Cœur très adipeux; les bords des valvules aortiques et le bord libre de la valvule mitrale étaient, par places, athéromateux, et, en d'autres, ossifiés. L'aorte offrait des altérations analogues. Reins petits et granuleux. Production fibreuse autour de l'utérus ([2]).

DCCXCIIIe Obs. — Fille, soixante-onze ans, à Charenton en 1821, et en 1823; hérédité vésanique, caractère entier, obstiné; jadis, inclination contrariée, passion amoureuse insensée; délire tranquille, souvent mélancolique; tendance au suicide. 21 mai 1851, quatre heures trois quarts du soir, cette malade tombe à la renverse, sans mouvement; elle n'a que quelques contractions des muscles de la face. Résolution complète des quatre membres; sensibilité presque éteinte, le chatouillement des pieds produit de légers mouvements des membres inférieurs; respiration très gênée, battements du

([1]) Ferrand, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1862, 3e série, t. IV, p. 30.
([2]) Peacock, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1847, t. I, p. 36.

cœur forts, embarras de la prononciation. Mort à dix heures du soir. — Crâne épais et dur; dure-mère un peu adhérente aux os. Hyperémie, infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Cerveau ferme, un peu piqueté; sérosité rougeâtre dans les ventricules; mollesse des couches optiques, des corps striés; ceux-ci, surtout le gauche, sont comme ecchymosés. Pédoncules cérébraux remplacés par un mélange de sang et de substance encéphalique comme broyée. Même état dans la protubérance cérébrale; l'épanchement de sang est aussi prononcé d'un côté que de l'autre. Cervelet et bulbe non compris dans le foyer hémorrhagique (1).

DCCXCIVe Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans. Il y a un an, étourdissement et perte de connaissance qui dure deux jours; rétablissement. Décembre, de nouveau perte de connaissance et chute, assoupissement, flaccidité des membres, face pâle, pupilles contractées, immobiles; respiration médiocrement gênée, pouls fréquent, un peu dur; prononciation impossible; l'ouïe paraît nulle; par intervalles, joues soulevées par l'air expiré. Mort le quatrième jour. — Dure-mère fortement adhérente au crâne. Trois onces de sérosité dans les ventricules latéraux. A la partie antérieure du corps strié gauche se trouve une dépression qui correspond à une petite cavité affaissée, contenant un peu de liquide ichoreux. Dans la moitié gauche de la protubérance et dans toute l'étendue de son prolongement antérieur jusqu'à la couche optique, cavité inégale, allongée, remplie par un caillot de sang noir pesant presque une once. Les parois de cette cavité sont ramollies, un peu rougeâtres et très minces à la partie inférieure, où elles sont fort injectées (2).

DCCXCVe Obs. — Homme, adulte, constitution vigoureuse, ayant eu deux attaques d'hémiplégie droite sans perte de connaissance, l'une il y a quatorze ans, l'autre sept. Santé rétablie. 18 mars, au matin, sensation de faiblesse générale, pas de perte de connaissance, mais paralysie du côté gauche, complète au membre supérieur, incomplète à l'inférieur. Évacuation involontaire de l'urine et des matières fécales. Le soir, décubitus dorsal, peau chaude et moite sur la face et le tronc, froide sur les membres. Conjonctives injectées, pupilles dilatées largement et également; pouls petit, irrégulier, 90. Déviation de la face, commissure droite des lèvres abaissée, commissure gauche relevée. Joue droite soulevée à chaque expiration; écoulement de la salive par le même côté de la bouche. Mouvements de la mâchoire libres; langue tirée aisément, s'inclinant

(1) Josias, Thèses de la Faculté de Paris, 1851, n° 162, p. 22.
(2) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 53.

à gauche; articulation des sons difficile, peu distincte; mais intelligence intacte et réponses justes. Sensibilité partout normale; pas de douleur; respiration lente, bruyante; déglutition très gênée; pas de vomissement; évacuations involontaires. Du 19 mars au 1er avril, jour de la mort, douleur et un peu de contracture dans le bras paralysé; légère diminution de la paralysie du bras et surtout de la jambe; respiration plus libre, déglutition toujours très gênée; enfin, assoupissement, stertor, immobilité complète des membres paralysés avec permanence de la contracture, délire passager, altération de la face, etc. — Quantité considérable de liquide coloré en rouge sous la dure-mère. Sous les méninges, couche épaisse de sérosité d'apparence gélatineuse. Circonvolutions aplaties, sans adhérence avec la pie-mère. Pas d'altération du cerveau. Sérosité incolore dans les ventricules. Sur la face antérieure de la protubérance annulaire, un peu à gauche de la ligne médiane, vers le milieu de son diamètre antéro-postérieur, se distingue un point de l'étendue de cinq millimètres, dans lequel le tissu de cet organe semble aminci et présente une coloration noir-bleuâtre. La même altération se trouve au milieu du pédoncule cérébelleux moyen droit. Sous ces deux points existe un foyer hémorrhagique du volume d'une amande, contenant du sang noir et diffluent, clos de toutes parts. L'excavation a des parois inégales, tapissées par une pellicule très mince formée de vaisseaux entrecroisés, et par des espèces de flocons d'un tissu rougeâtre et filamenteux. Dans la protubérance, le tissu nerveux paraît détruit jusqu'au niveau des fibres provenant des pyramides antérieures du bulbe; dans le pédoncule cérébelleux, les fibres nerveuses semblent seulement écartées (1).

DCCXCVIe Obs. — Horloger, trente-neuf ans, tempérament lymphatico-nerveux, vie régulière, père de neuf enfants, dont quatre vivants. A vingt-quatre ans, palpitations de cœur très fortes. A vingt-neuf ans, crachement de sang renouvelé assez souvent; néanmoins, bon appétit, maintien des forces jusqu'à trente-six ans; alors, hémoptysies plus fréquentes; en même temps migraine insupportable durant plusieurs jours et accompagnée de vomissements, constipation habituelle. A trente-huit ans, palpitations, anxiétés précordiales, œdème des membres inférieurs. Il y a six mois, hématurie. Il y a deux mois, orthopnée intense, avec pouls très petit, fréquent, revenant par accès; dans les intervalles, appétit et soif vive. Constitution détériorée, pâleur, maigreur, yeux entourés d'un cercle bleuâtre, dyspnée. Après quelques jours d'amélioration, le 7 juillet, tout à coup, forte céphalalgie avec fourmillement dans la moitié

(1) Senac, *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 206.

gauche du corps; mouvements gênés et marche très difficile; vomissement de matières alimentaires et de bile, hémiplégie des membres gauches; la face est paralysée, non à gauche, mais à droite. Toutefois la paupière supérieure droite a conservé sa mobilité, et le malade ne fume pas la pipe. Parole embarrassée; intellect conservé; sensibilité maintenue, et même exagérée dans les parties paralysées; pouls mou, battements du cœur accélérés, tumultueux; état presque syncopal passager; symptômes de pleurésie double; péricardite, albuminurie. Mort le 17. — Dans la protubérance annulaire, dont le volume est normal et la conformation régulière, on trouve, derrière les tubercules quadrijumeaux, qui sont intacts, un caillot sanguin de date récente, non enkysté ni organisé, mais assez dur; il est situé au centre de la protubérance, occupant l'étage moyen et l'étage inférieur, pénétrant d'un centimètre dans le pédoncule cérébelleux moyen droit jusqu'à l'entrée de celui-ci dans le cervelet à gauche, s'arrêtant au niveau du pédoncule correspondant, et en bas, à trois millimètres de la partie postérieure et inférieure de la protubérance. Le foyer a deux centimètres et demi dans tous ses diamètres. Nerf facial droit intact, ainsi que le bulbe et le cervelet. Péricardite, hypertrophie du cœur, endocardite, aortite, reins granuleux (1).

DCCXCVIIe Obs. — Homme, quarante ans, robuste, bien constitué. Jusqu'à vingt et un ans, peintre en bâtiments, plusieurs coliques saturnines; puis il devient restaurateur; sujet à des hémorrhoïdes qui fluent pendant l'été depuis sept ans. Mais, dans l'été de 1848, les hémorrhoïdes ne donnent pas de sang; hématémèse. En juin 1849, même accident, qui se reproduit le 11 juin 1850. Cinq jours après survient une attaque d'apoplexie, suivie de mort au bout de deux heures. — Cerveau pâle. Foyer hémorrhagique dans l'étage supérieur de la protubérance, se prolongeant à droite et à gauche dans les pédoncules moyens du cervelet, et s'ouvrant par une déchirure dans le quatrième ventricule, qui contient du sang en partie coagulé (2).

DCCXCVIIIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, sujet à l'asthme; céphalalgie, surtout occipitale; sensation étrange dans les pieds, qui empêche de mettre des souliers. Le 6 novembre, accroissement subit de la douleur de tête, arrachant des cris : *Oh! ma tête!* Tremblement, paralysie des quatre membres; immédiatement après, perte de connaissance. Chaleur générale; lividité des lèvres; efforts

(1) Hillairet, *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1860, 3e série, t. II, p. 116. — Martineau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 311. — Une dissection attentive, faite par M. Vulpian, a fait voir que les radicules du facial n'étaient pas intéressées dans le foyer. (Rapport de M. Cruveilhier fils, *ibidem*, p. 321.)

(2) Mignot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 227.

fréquents de vomissement; respiration lente et profonde, pouls 78, plein, dépressible, égal des deux côtés; paupières abaissées; muscles de la face des deux côtés en équilibre; pupilles dilatées et égales, puis inégales (la droite plus dilatée), insensibles à la lumière; tremblement général; perte du mouvement volontaire (sans rigidité) et de la sensibilité aux membres; nulle conscience des impressions; respiration très lente. Mort par apnée, une heure et demie après l'admission à l'hôpital Saint-Georges. — Vaisseaux du crâne et des méninges pleins de sang. Cerveau sain. Dans le pont de Varole se trouve une grande quantité de sang extravasé, qui, dans les trois quarts supérieurs de l'organe, s'étend à toute son épaisseur, fait irruption à sa surface du côté gauche, et s'avance de très près vers le quatrième ventricule. Le quart inférieur du pont de Varole est sain. L'extravasation sanguine se prolonge dans le pédoncule droit du cervelet, jusqu'à la substance de cet organe. Quelques vaisseaux de la base sont très légèrement athéromateux (1).

DCCXCIX° Obs. — Cocher, quarante-sept ans, buveur, pléthorique, forte constitution. Avril, attaque subite à huit heures du matin, coma profond, intelligence abolie, parole nulle, membres en une complète résolution, muqueuses nasale et oculaire insensibles; pupilles très contractées, immobiles; respiration inégale, suspendue, puis haute, bruyante, stertoreuse; pouls large, dur et lent. A trois heures du soir, face congestionnée, violacée; quelques mouvements des yeux. Mort à cinq heures et demie. — Congestion sanguine des méninges et de la substance cérébrale. Plaques jaunâtres disséminées dans les artères de la base. Légère infiltration sous-arachnoïdienne. Coloration jaunâtre de la surface convexe de l'hémisphère gauche, sans ramollissement ni adhérence. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Dans le centre de la protubérance, épanchement de sang en partie liquide, en partie coagulé, formant un foyer plus gros qu'une noisette, s'étendant jusque dans les pédoncules cérébelleux, et ayant fait irruption dans le quatrième ventricule, de manière à décoller et soulever, à sa partie inférieure, l'arachnoïde qui le ferme. Quelques petits caillots sont contenus dans l'aqueduc de Sylvius et jusque dans le troisième ventricule. Cœur un peu volumineux. Ventricule gauche légèrement hypertrophié (2).

DCCC° Obs. — Femme, quarante-sept ans, couturière, constitution forte, tempérament sanguin, règles abondantes. Anciennes habitudes d'ivrognerie; la grand'mère maternelle a eu pendant huit ans une paralysie de la langue et une hémiplégie gauche. Cette femme

(1) John W. Ogle, *Transact. of the Pathological Society of London*, 1861, t. XII, p. 6.
(2) Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 113.

a eu cinq enfants qui sont morts. Depuis seize ans, sujette à des attaques d'hystérie; pendant les accès, douleur fixe au sommet de la tête. Le 7 juillet, étant à l'approche des règles, éblouissements, bourdonnement d'oreilles, pesanteur de tête, vertiges. Bientôt après, paralysie du côté gauche. Évanouissement incomplet et passager. Pas de perte de connaissance, mais perte de la parole. La malade répond en écrivant. Vomissements bilieux répétés. Ni contracture, ni convulsions, mais quelques spasmes des muscles de la face et un peu de roideur de la mâchoire inférieure. Pas de gêne de la déglutition, pas de paralysie de la face. Sensibilité conservée dans les parties privées de mouvement; décubitus dorsal et immobilité de tout le côté gauche, excepté du visage; pupilles égales, un peu resserrées. La langue ne se meut que difficilement, mais l'intellect et les sens sont conservés. Évacuations involontaires. Mort le troisième jour, à dater de l'invasion. — Protubérance annulaire un peu affaissée, surtout à droite; elle offre à sa surface inférieure des taches noires, légèrement saillantes, formées par du sang coagulé provenant d'un foyer hémorrhagique qui occupe presque tout l'intérieur de la protubérance, surtout du côté droit, qui est fluctuant. La forme du foyer est celle d'une amande, sa direction est transversale; l'extrémité droite s'étend jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen, qui est un peu envahi, et la gauche s'arrête à 3 millimètres du pédoncule opposé resté intact. La face supérieure du foyer répond au plancher antérieur du quatrième ventricule, qui est intact, et l'inférieure est constituée par le plan superficiel des fibres du pont. Une sorte de cloison médullaire incomplète, située sur la ligne médiane, sépare ce foyer en deux parties. La face interne de la cavité est irrégulière, parsemée de prolongements nerveux, et colorée en noir par le sang dont une partie est fluide, et l'autre forme un caillot mou. Aucune apparence de travail autour du caillot. Le faisceau pyramidal gauche est à peine atteint; le droit est détruit au dessus de l'entrecroisement. Corps restiformes conservés des deux côtés, ainsi que le plan postéro-supérieur. Nerf facial sain. Artère vertébrale gauche et basilaire dilatées, surtout la première; elles sont rendues dures et cassantes par la présence d'une matière crétacée déposée dans la membrane interne. Cette membrane est épaisse; elle adhère très peu à la tunique moyenne, dont elle se distingue très bien. La vertébrale droite a quelques dépôts crétacés, mais elle a conservé son calibre normal; il en est de même de l'artère cérébrale moyenne gauche. Les autres artères cérébrales n'offrent rien d'anormal (¹).

(¹) Guéniot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 321.

DCCCIe Obs. — Femme, veuve, n'ayant pas eu d'enfants, bonne santé. Age critique à quarante-sept ans. Depuis ce temps, tristesse, digestions irrégulières, diarrhée ou constipation. A soixante-un ans, en juin, étant à table, elle perd connaissance et tombe à terre. Hémiplégie droite et parole difficile pendant plusieurs mois. Hémiplégie très peu diminuée; intellect faible, tantôt accès de gaieté, tantôt tristesse et pleurs. Parole lente, hésitante. Douleur au sommet de la tête. Pouls plein, résistant, peu fréquent. Sensibilité conservée aux membres paralysés. A soixante-six ans, en novembre, urines involontaires, difficulté d'avaler, oppression, pouls 112, parole impossible, face vultueuse, sueur générale, mouvements convulsifs dans les membres. Mort le cinquième jour. — Méninges d'un rouge vif, se déchirant aisément. Vaisseaux gorgés de sang, surface cérébrale de couleur rosée, cerveau sain. Dans la moitié gauche de la protubérance, cavité pouvant recevoir l'extrémité du doigt auriculaire, contenant de la sérosité limpide; cette cavité irrégulière se prolonge dans le pédoncule cérébelleux, tapissée par une membrane. Les environs de la cavité sont évidemment endurcis. Le côté droit de la protubérance montre un ramollissement pultacé d'un blanc mat uniforme. Ce ramollissement est comme enkysté dans la substance cérébrale, qui est ferme, et qui forme une cloison entre le foyer du côté gauche et le ramollissement; lesquels sont parfaitement symétriques pour le volume et la situation. Quelques ossifications à l'origine de l'aorte et dans son trajet (1).

DCCCIIe Obs. — Femme, soixante-douze ans. Perte subite de connaissance, chute, insensibilité, quelques mouvements convulsifs. Mort deux heures après. — Foyer apoplectique, du volume d'une noisette, dans la protubérance, empiétant plus sur la moitié gauche que sur la droite, et se prolongeant dans le pédoncule cérébelleux moyen gauche jusque dans le lobe correspondant du cervelet (2).

DCCCIIIe Obs. — Maçon, quarante ans, athlétique. 30 septembre, après un dîner ordinaire, il tombe sans connaissance. Insensibilité, immobilité absolues. Joue droite soulevée par l'air à chaque expiration. Yeux ternes, pupilles contractées; légères convulsions alternant avec la résolution des quatre membres; respiration courte, précipitée, très gênée; pouls large, lent, dépressible; refroidissement général, évacuation d'urine. Mort huit heures après l'invasion. — Intégrité des hémisphères cérébraux. Protubérance volumineuse aplatie. Épanchement sanguin dans son centre, avec destruction dans ce point des couches pyramidales, des faisceaux innominés.

(1) Moutard-Martin, *Bulletin de la Société anatomique*, 1843, p. 305.
(2) Barth, *Bulletin de la Société anatomique*, 1850, p. 47.

L'altération s'arrête aux limites du mésocéphale et du bulbe. Épanchement prolongé dans les pédoncules cérébraux et cérébelleux creusés en culs-de-sac (1).

DCCCIVe Obs. — Homme, quarante ans, svelte. A dix heures du matin, il se plaint d'une douleur lancinante dans un œil. Sa contenance change, il tombe en défaillance. Convulsions, pouls 100; pupilles naturelles, insensibles. Mort entre une et deux heures après minuit. — L'effusion sanguine s'était faite dans la protubérance, et étendue dans les pédoncules et un peu dans la pie-mère, mais non dans les ventricules (2).

DCCCVe Obs. — Homme, soixante ans, longtemps militaire, puis négociant; excès vénériens, excès de table; malade depuis trois ans; affections diverses, hématurie, fièvres, inflammation de poitrine, puis faiblesse, surtout des membres inférieurs; cécité, pupilles un peu rétrécies et contractiles, dyspnée, grand appétit, douleurs épigastriques, digestions pénibles, constipation, œdème des avant-bras et des mains, du bas des jambes et des pieds; intellect normal, gaîté, mais irascibilité; issue de petits graviers avec les urines. Amélioration; écarts de régime, vomissements qui se reproduisent souvent; mouvements convulsifs; nouvelle amélioration; mais faiblesse générale, qui, cependant, permet de faire quelques pas. 23 décembre, vomissement. 24, assoupissement, coma, pouls plein, lent, intermittent, face colorée, sensibilité de la peau obtuse, douleur du ventre à la pression, impossibilité d'avaler, qui diminue, et la parole revient un peu; eschare au talon droit. 28 février, défaillance et mort. — Arachnoïde de couleur laiteuse. Infiltration séreuse d'aspect gélatineux sous l'arachnoïde et entre les circonvolutions. Ventricules latéraux contenant six à sept onces de sérosité sanguinolente, ayant leurs parois saines. Plexus choroïdes pâles et épaissis. A la base du crâne, deux onces de sang épanché. Nerfs optiques grêles, mais sains. Deux petites excroissances à la partie postérieure et supérieure du bulbe rachidien, implantées sur la substance médullaire par des pédicules très minces. Arachnoïde très injectée sur la protubérance, recouvrant une large ecchymose et un caillot de sang. Protubérance ramollie, surtout vers sa face inférieure. Nombreux caillots dans les pédoncules cérébelleux et cérébral du côté droit, et surtout dans ceux du côté gauche, et jusque dans le corps strié. Le plancher du quatrième ventricule est traversé par un caillot; un autre se trouve à l'orifice de l'aqueduc de Sylvius. Artères en général épaissies, avec quelques points d'ossification.

(1) Barral, Thèses de la Faculté de Paris, 1838, no 12, p. 6.

(2) Jackson, *American Journ. of med. Sciences*, july 1852, p. 90.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. Huit calculs dans la vésicule. Rougeur de la muqueuse gastrique et duodénale. Ramollissement du jejunum dans son milieu. Graviers nombreux dans les reins (¹).

DCCCVI° Obs. — Femme, soixante ans, vaillante et de vie régulière, apportée à l'hôpital de l'Université, à Londres, le 4 mai à cinq heures, par deux personnes à la porte desquelles elle avait frappé une heure avant, en disant qu'elle allait mourir. Elle était effectivement tombée sans connaissance, et depuis elle était demeurée insensible. Coma profond; le pincement de la peau ne produit aucun effet; fréquents mouvements convulsifs des muscles du tronc et des membres des deux côtés, un peu plus du droit, et spécialement des muscles pectoraux et des bras; pas de rigidité des membres; face non déviée; respiration laborieuse, mais non stertoreuse; pupilles très contractées et également; pouls fréquent, plein et fort. On croit à un empoisonnement par un narcotique. La pompe gastrique est employée, mais elle ne fournit aucun indice de la présence de l'opium. La mort arrive quatre heures après l'invasion. — Crâne épais et presque sans diploë. Cerveau petit; les circonvolutions des parties antérieure et supérieure de l'hémisphère droit sont aplaties, et ces parties correspondent à une portion du crâne, particulièrement épaissie. Leur consistance est assez grande. Ventricules distendus par deux onces de sérosité trouble. Au milieu de la couche optique droite, une tâche noirâtre dénotait un suintement sanguin opéré par une petite ouverture, et, en disséquant cette partie, on suit la trace du sang dans le pédoncule cérébral droit, dans toute la substance du pont de varole, et un peu dans le pédoncule cérébral gauche. Le pont de varole était creusé de manière à former comme une coque, renfermant un coagulum d'un volume assez considérable. Le sang avait aussi pénétré jusque dans les deux lobes du cervelet, surtout dans le gauche. La substance médullaire était un peu ramollie autour du caillot. Il n'y avait aucune dégénération dans les vaisseaux. Il n'existe aucune effusion à la base du cerveau. Les autres organes sont sains (²).

DCCCVII° Obs. — Tailleur, soixante-sept ans. Il y a quinze ans, douleurs rhumatismales. Il y a cinq ou six mois, faiblesse subite des deux jambes, surtout de la gauche, avec engourdissement et secousses musculaires; puis incontinence d'urine et des matières fécales. Intellect affaibli, inquiet; marche lente, difficile, chancelante; sensibilité conservée; pouls lent, assez fort; fonctions digestives en bon

(¹) Dumas, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. IV, p. 274.
(²) Hare, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1857, t. VIII, p. 33.

état. 8 juin, en revenant du bain, malaise, frissons, vomissements; une hernie ancienne venait de sortir; décubitus dorsal, face pâle, sans expression, perte absolue de connaissance, insensibilité; bras gauche étendu et serré contre le tronc, bras droit contracturé, poignet fermé, avant-bras fléchi et tremblant, respiration stertoreuse, pouls fort et fréquent. Mort le même jour, à onze heures du soir. — Dans les ventricules latéraux, trois ou quatre cuillerées de sérosité rougeâtre. Foyer hémorrhagique assez considérable dans les deux tiers supérieurs de la protubérance, contenant un sang noir liquide et en caillots. Fibres nerveuses écartées et déchirées; ce foyer se prolonge, en avant, dans les pédoncules; en arrière, à travers les pédoncules cérébelleux supérieurs, dans le centre de chaque lobe du cervelet. Un peu de sang avait pénétré dans le quatrième ventricule par une déchirure de sa paroi inférieure. Moelle à l'état normal ([1]).

DCCCVIII[e] Obs. — Femme, soixante-dix ans. Mars, pas de précurseurs; perte subite de connaissance; face pâle, pupilles contractées, immobiles; les deux narines pulvérulentes affaissées; respiration légèrement stertoreuse; joues soulevées à chaque expiration; vomissement abondant; pouls normal; perte absolue de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. Mort au bout de dix-huit heures. — Dans la protubérance se trouve un vaste foyer; toute sa partie supérieure est désorganisée; ce foyer s'étend jusque dans les pédoncules du cervelet, surtout à droite, et dans ceux du cerveau. Ventricules cérébraux pleins de sérosité sanguinolente. Infiltration dans le tissu sous-arachnoïdien. Cœur normal ([2]).

DCCCIX[e] Obs. — Homme, soixante-quatorze ans. Juin, sans prélude, après son dîner, il tombe sans connaissance. Face pâle, traits tirés en haut, paupières abaissées, pupilles contractées, immobiles, narines affaissées, joues soulevées par l'air expiré; stertor; paralysie incomplète; rigidité de tous les membres; sensibilité dans les membres supérieurs, éteinte dans les membres inférieurs; intellect nul; pouls 80; vomissement de matières blanchâtres glaireuses et d'aliments; hoquet. Mort le deuxième jour de bonne heure. — Granulations de Pacchioni très développées. Beaucoup de sérosité sous l'arachnoïde, surtout à gauche. Ventricules latéraux et moyen contenant une abondante sérosité légèrement teinte en rouge. Stries rouges sur le plancher de leur étage inférieur. Gros caillot au centre du mésocéphale; quelques éraillures ont permis à des gouttes de

([1]) Cornil, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 201.

([2]) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 10. (Service de M. Cruveilhier.)

sang de s'infiltrer. Le foyer sanguin s'étend dans les pédoncules cérébraux; aussi paraît-il bifurqué en avant; il se prolonge aussi en arrière, dans les pédoncules cérébelleux, et spécialement dans le gauche, qui le transmet au centre du lobe correspondant du cervelet, où il va soulever les méninges à la face supérieure de ce lobe. Le pourtour du foyer est ramolli, piqueté. Dans le mésocéphale, les parois du foyer cérébelleux sont saines. Poumon gauche emphysémateux. Ventricule gauche du cœur un peu hypertrophié (1).

DCCCX° Obs. — Homme, quatre-vingts ans, pas de symptômes antérieurs. Juillet, à cinq heures du matin, il tombe privé de connaissance et de mouvement volontaire. Contracture générale et sorte de tremblottement de toutes les fibres; perte de la sensibilité. Trois heures et demie après, résolution des membres, abolition de la sensibilité, de l'intelligence. Pupilles immobiles, peau très chaude, pouls fréquent, respiration bruyante, râle trachéal, extrémités pâles et froides. Mort à neuf heures et demie du matin. — Pie-mère infiltrée de sang en quelques points. Ventricules remplis de sérosité sanguinolente. Septum déchiré. La protubérance représente une sorte de poche remplie de caillots, se prolongeant dans les pédoncules du cervelet, et, en avant, dans les pédoncules cérébraux, jusque dans les couches optiques. Autour de ces caillots, lambeaux de substance cérébrale ramollie, qu'un filet d'eau soulève sans les détacher. Traces d'ancienne péricardite. Légère dilatation des ventricules du cœur, sans hypertrophie (2).

DCCCXI° Obs. — Homme, soixante-douze ans, robuste, santé parfaite. Janvier, il fait une marche de quatre ou cinq kilomètres; en arrivant, il se sent très fatigué, s'assied, et tombe sur le côté en vomissant. Perte de connaissance, face rouge, yeux injectés, coma profond, roideur convulsive des membres supérieurs et inférieurs, suivie de leur résolution; respiration lente, difficile, puis stertoreuse. Mort au bout de deux heures. — Rigidité cadavérique générale. Poumons gorgés de sang. Hypertrophie du cœur. Substance des hémisphères ferme, injectée. Trois cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules latéraux. Protubérance saillante, arrondie; elle présente un foyer apoplectique, étendu, d'une part, jusqu'au dessous des tubercules quadrijumeaux; et, de l'autre, jusqu'à la moitié de la longueur des éminences pyramidales, qu'il écarte des éminences olivaires. Le sang est noir, coagulé; il a pénétré dans l'épaisseur des deux pédoncules cérébraux, jusqu'à leur jonction avec les couches

(1) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 11.

(2) Durand-Fardel, dans Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 15, — et *Gazette médicale*, 1838, p. 279.

optiques. L'épanchement n'occupait que les faisceaux antérieurs de la moelle épinière. Pas d'altération de la substance nerveuse environnante. Point d'épanchement dans les quatrième et troisième ventricules ([1]).

Ce dernier fait se distingue des précédents en ce que l'hémorrhagie ne s'est pas bornée au mésocéphale et aux pédoncules, mais qu'elle est arrivée jusqu'au bulbe rachidien; néanmoins, il a présenté beaucoup d'analogie avec les précédents et pouvait en être rapproché : perte de connaissance, roideur convulsive, puis résolution des quatre membres, respiration stertoreuse, etc. La terminaison a été prompte. Elle est survenue au bout de deux heures; elle n'a pas été foudroyante.

4me SECTION. — HÉMORRHAGIES DU BULBE RACHIDIEN.

Ce genre d'hémorrhagie est fort rare. Dans l'observation DCCCXI, il y avait eu seulement extension du foyer. Serres parle aussi d'un foyer secondaire peu étendu dans le renflement des éminences olivaires et pyramidales. Il ne donne pas de détails symptomatologiques; le malade survécut sept heures. Je n'ai rencontré que deux faits dans lesquels l'hémorrhagie du bulbe a été primitive. Ils sont très différents l'un de l'autre, et ne peuvent être donnés que comme types parfaitement distincts.

DCCCXIIe Obs. — Femme, soixante-quatre ans, sourde depuis son enfance; irascible, hystérique depuis l'âge de dix-sept ans. A quarante ans, cessation des règles; embonpoint; marche irrégulière, mais ferme et sans indice de paralysie. Le 28 octobre, à midi, accès violent de colère, cri; la malade s'appuie contre un mur, glisse à terre, on la relève; elle était morte. — Sinus de la dure-mère engorgés. Pie-mère très injectée, se détachant facilement du cerveau. Ventricules secs. Caillot de la grosseur d'une noix, adhérant à la partie supérieure du bulbe rachidien, s'étendant en haut jusqu'au niveau du quatrième ventricule, naissant de la substance

([1]) Ollivier d'Angers, *Archives*, 2e série, t. I, p. 275. — *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 155.

grise centrale du bulbe. Éminences olivaires détruites en partie. Éminences pyramidales intactes. Sérosité dans le canal rachidien (1).

DCCCXIII^e Obs. — Homme, soixante-dix ans, ayant eu plusieurs attaques d'apoplexie. 10 juin, à une heure du matin, perte subite de connaissance. Face violacée, yeux tournés à droite, cou renversé du même côté. Pupilles dilatées, immobiles, insensibles à la lumière. Résolution complète des membres gauches; membres droits roides et contracturés. Perte de la sensibilité. Pouls plein et fréquent. Stertor. A la contracture succède la résolution des membres après une forte saignée; puis retour de la connaissance et de la parole. Quelques jours après, nouvelle attaque, et mort. — Cerveau ferme, consistant et non congestionné. Cervelet, mésocéphale et pédoncules sains. Point de liquide dans les ventricules. Dans la pyramide antérieure gauche, vers sa partie moyenne, sorte de noyau jaunâtre, de la grosseur d'un pois, et, au centre de ce noyau, une cavité qui aurait à peine contenu la tête d'une grosse épingle; elle renferme un petit caillot noirâtre. Les parois de cette poche sont lisses, fermes, de couleur jaunâtre, plus foncée vers le centre; elle a une teinte de rouille. Moelle saine. Cœur énorme contenant beaucoup de sang (2).

Le premier de ces faits donne une idée de la suprématie du bulbe rachidien quant à la puissance vitale. Le second montre une bien moindre influence de la part des éminences pyramidales antérieures. Celle qui s'est montrée malade avait probablement commencé à l'être depuis plusieurs jours. La lésion était d'ailleurs extrêmement circonscrite. C'est ce qui rend raison de son innocuité temporaire. Il y a lieu aussi de remarquer que la paralysie était du côté où siégeait l'hémorrhagie, et que les spasmes se montraient du côté opposé.

Résumé des observations d'hémorrhagies du mésocéphale, des pédoncules et du bulbe rachidien.

I. Ces observations sont au nombre 78; elles sont en proportions très différentes, eu égard aux organes affectés.

(1) Jodin, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 540, — et *Gazette des Hôpitaux*, t. VII, p. 328.

(2) Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 133, p. 21, — et *Lancette française*, t. VI, p. 289.

50 se rattachent au mésocéphale seul, 5 appartiennent aux pédoncules cérébraux, 21 présentent l'extension du foyer mésocéphalique dans les pédoncules cérébraux ou cérébelleux, 2 seulement montrent le bulbe rachidien comme siége primitif et exclusif de l'hémorrhagie.

II. Ces faits ont été observés chez 50 individus du sexe masculin et 28 du sexe féminin.

III.	Le plus jeune avait....	10 ans.
	2 avaient	l'un 11 et l'autre 20 ans.
	3 —	23, 24, 28 ans.
	18 —	de 31 à 40 ans.
	11 —	de 41 à 50 —
	12 —	de 51 à 60 —
	12 —	de 61 à 70 —
	14 —	de 71 à 80 —
	1 avait	85 ans.
	74	

Ce tableau signale deux périodes comme ayant présenté le plus grand nombre de cas d'hémorrhagies mésocéphaliques et pédonculaires; elles appartiennent à l'âge moyen et à la vieillesse, dans une proportion assez uniforme. Les adolescents n'en ont présenté que de rares exemples, et les très jeunes sujets aucun.

IV. Il y a encore dans cette section des hémorrhagies encéphaliques, prédominence des constitutions fortes et pléthoriques, et c'est à peine si quelques faits sont présentés par des individus faibles, maigres et lymphatiques.

V. Je ne trouve qu'un exemple de disposition héréditaire (DCCC).

VI. Dans deux cas, l'attaque apoplectique a été précédée de l'exposition à un froid vif (DCCXXXVI, DCCLXXX).

VII. D'autres fois, c'étaient des excès de table (DCCLXIII, DCCCV), et, dans divers cas, c'est de suite après le repas que l'invasion a eu lieu.

VIII. L'abus des spiritueux a été noté huit fois, et, chez un sujet, l'usage très fréquent de l'opium était accusé (DCCXLVII).

IX. Pour un autre a été signalé l'excès des plaisirs vénériens (DCCCV).

X. Une fatigue extrême, un travail extraordinaire, une marche longue et accompagnée de préoccupations paraissent avoir parfois produit l'attaque apoplectique (DCCXXXVI, DCCLXIX, DCCCXI). Elle a eu lieu, dans un cas, pendant les efforts de l'accouchement (DCCLXVI).

XI. Des affections morales vives ou tristes, ou concentrées, ont pu amener un résultat analogue (DCCLXXII, DCCXCIII, DCCCXII).

XII. L'oubli d'une saignée, qu'on avait l'habitude de pratiquer tous les mois, aurait, chez un individu, occasionné l'hémorrhagie encéphalique (DCCXLI).

XIII. Parmi les maladies qui avaient précédé l'attaque, on peut citer l'aliénation mentale, qui existait chez cinq sujets (DCCXXXIX, DCCLIV, DCCLVII, DCCLXXII, DCCXCIII); l'épilepsie chez trois (DCCXLIX, DCCLVI, DCCLXV); l'hystérie (DCCC, DCCCXII); la colique saturnine (DCCXLIX, DCCLXVII, DCCXCVII); des atteintes de goutte ou de rhumatisme (DCCLXIV, DCCLXXX, DCCCVII). Un malade avait eu une suppression du flux hémorrhoïdal, suivie d'hématémèse (DCCXCVII). Quelques-uns offraient des symptômes de lésion organique du cœur; enfin, plusieurs avaient eu des congestions cérébrales ou une ou plusieurs attaques apoplectiques, avec ou sans paralysie (DCCXLI, DCCXLIII, DCCXLVI, DCCXLVII, DCCLIX, DCCLXIII, DCCLXIV, DCCCXIII).

XIV. Les phénomènes précurseurs ont été analogues à ceux que j'ai eu déjà l'occasion d'indiquer. Voici ceux que les faits désignent : Plusieurs fois, une céphalalgie intense et prolongée, une grande pesanteur de tête, une douleur lancinante de l'un des yeux (DCCCIV), des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des étourdissements, l'engourdissement d'un membre, des crampes, une sensation étrange dans les pieds, empêchant de mettre des souliers (DCCXCVIII); la faiblesse des membres inférieurs rendant la station peu solide. On a remarqué aussi un léger délire, des rêves péni-

bles, des pressentiments sinistres, l'embarras de la parole (DCCLXIV, DCCLXXXVIII, DCCLXXXIX, DCCCVI). Dans quelques cas, il y a eu de la dyspnée, des accès de suffocation (DCCXLVIII, DCCLXIX), des vomissements (DCCXLVIII, DCCLXXXVIII, DCCXCI).

XV. L'invasion a eu lieu d'une manière subite et par la perte de connaissance, comme dans l'attaque apoplectique ordinaire, dans environ 55 cas, et pour 9 ou 10 de ces cas, l'invasion s'est confondue avec la maladie elle-même ; la mort étant survenue presque au même moment ou peu d'instants après. Quant aux vingt et quelques autres cas, ils ont présenté divers modes d'invasion, qui se sont traduits de la manière suivante : Plusieurs fois, le début a été marqué par un étourdissement, avec sentiment de faiblesse générale ou partielle, fourmillement subit ou paralysie d'un côté, et même chute, que le malade sentait s'effectuer et rendait moins fâcheuse en se retenant (DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLV, DCCXLVIII, DCCXCV); d'autres fois, c'est une douleur vive qui oblige le sujet à se lever, à s'élancer comme pour fuir, mais il tombe au bout de quelques pas (DCCLXXXIV), ou une céphalalgie atroce qui fait pousser des cris aigus, produit un tremblement général, bientôt suivi de paralysie et de défaillance (DCCXCVI, DCCXCVIII). Un individu s'est trouvé paralysé le matin en se réveillant (DCCXC). Un autre, pris de vertiges et de faiblesse, ne pouvait pas s'exprimer d'une manière intelligible (DCCLXXXIX). Dans quelques cas, l'invasion a été marquée par des mouvements convulsifs ou même des convulsions (DCCLXVII, DCCCIV, DCCCV) ou par des vomissements (DCCXLII, DCCXCVI), etc.

XVI. La perte de connaissance, qui signale le plus ordinairement l'invasion, peut n'avoir qu'une durée assez courte; mais le plus ordinairement, elle se prolonge pendant plusieurs heures.

XVII. Lorsque les malades reprennent leurs sens, ils ont quelquefois leur intellect à peu près ordinaire (DCCXXXVIII, DCCXLV, DCCLXVIII, DCCLXXVII, DCCLXXXVI, DCCXC, DCCXCV, DCCXCVI, DCCC).

Ou bien ils sont dans une sorte de stupeur (DCCXLV, DCCXLVII, DCCXLVIII, DCCLIV, DCCLXIV, DCCLXXXVII, DCCCI).

Quelques-uns se plaignent de maux de tête assez intenses (DCCXLI, DCCLXIX, DCCLXXXVI (affectant le côté gauche), DCCLXXXVII (le côté droit), DCCCI (le sommet).

Il en est qui ont du délire (DCCXXXVII, DCCXXXIX, DCCXLIV, DCCLXXXVI, DCCLXXXVII (ordinairement léger).

Mais le plus grand nombre restent plongés dans l'assoupissement.

En même temps, ils ont la face injectée, vultueuse. Le coma, s'il n'a pas lieu au début, se manifeste le plus souvent vers la fin de la maladie; chez 22 malades, il a constitué un des symptômes principaux.

XVIII. La parole a paru, dans 10 à 12 cas, difficile, gênée, lente, hésitante; mais, malgré cet embarras, elle était comprise; tandis que, chez cinq malades, elle fut complètement empêchée; toutefois, ce nombre pourrait être réduit. En effet, chez l'un, il paraît que l'aphasie cessa au bout de quelques jours, puisqu'il eut du délire (DCCXXXVII). Un second avait complètement perdu la parole, bien que l'intelligence fut intacte (DCCLXXVII); mais la mort arriva vers la vingtième heure, et peut-être, sans une aussi rapide terminaison, ce symptôme se fût-il dissipé. Chez le troisième malade, il n'y avait pas seulement impossibilité de prononcer, l'ouïe était en même temps perdue, et l'assoupissement assez profond (DCCXCIV). Restent donc deux cas dans lesquels l'aphasie fut parfaitement caractérisée, car les malades, ayant conservé leur intelligence, répondaient par gestes ou par écrit, ne pouvant articuler les mots (DCCXLVI, DCCC). On peut donc regarder ce symptôme comme très réel, mais rare dans l'hémorrhagie du mésocéphale.

XIX. Les pupilles ont été tantôt dilatées (9 fois), tantôt, et même plus souvent, contractées (14 fois); mais, parfois, une pupille était dilatée ou contractée seule, l'autre restant de largeur moyenne; elles étaient assez souvent mobiles, quel que soit le degré de lumière auquel on les

exposait, fussent-elles dilatées ou resserrées. Il y a eu deux fois strabisme ; chez un sujet, il était convergent (DCCXXXVI), et chez l'autre divergent (DCCLXXXIX). Les deux yeux ont été parfois inclinés d'un côté. La vue a été plus ou moins affaiblie à un œil ou aux deux yeux. L'ouïe a aussi en quelques cas été peu distincte (DCCXXXVI, DCCXLII).

XX. On a vu les convulsions marquer chez un petit nombre de sujets l'invasion de l'hémorrhagie mésocéphalique. Elles se sont aussi montrées dans son cours ; mais il est bon de noter d'abord qu'elles n'ont pas eu lieu lorsque le foyer avait son siége sur les parties latérales de la protubérance. C'est seulement quand le centre était lésé. Nous voyons alors des convulsions, des mouvements convulsifs se produire, affecter les divers membres ou seulement ceux d'un côté, et prendre parfois les apparences de l'épilepsie, avec écume à la bouche. A ces spasmes intenses et plus ou moins étendus, de durée variable, a succédé un état de résolution (DCCXLVII, DCCL, DCCLVIII, DCCLXII, DCCLXVI, DCCLXX, DCCLXXIII, DCCLXXXII, DCCLXXXIV, DCCLXXXVII, DCCLXXXVIII, DCCCII, DCCCIII, DCCCIV, DCCCV, DCCCVI) ; quelquefois, les mouvements convulsifs ont été bornés à la face, aux yeux, aux lèvres (DCCLI, DCCLXXXII, DCCC), ou c'étaient des mouvements spasmodiques agitant de temps à autre les mâchoires, les membres, le tronc (DCCL, DCCLI, DCCLX, DCCLXXVII, DCCLXXXVII), ou un simple tremblement parcourant les diverses parties (DCCLXXX, DCCXCVIII). D'autres fois, le spasme était plutôt tonique que clonique. Il consistait en une rigidité convulsive des membres, une contracture, principalement des membres supérieurs ; en quelques cas, avec trémoussement fibrillaire, avec flexion des doigts et écume à la bouche, ou avec renversement de la tête en arrière, ou avec une sorte de paralysie incomplète (DCCL, DCCLXIII, DCCLXX, DCCLXXI, DCCLXXII, DCCLXXXVI, DCCCVII, DCCCIX, DCCCX, DCCCXI, DCCCXIII). On a constaté encore le resserrement des mâchoires (DCCLI, DCCLX, DCCLXXXVI). C'est dans moins de la moitié des cas d'hémorrhagie mésocépha-

lique que ces divers phénomènes spasmodiques se sont produits.

XXI. La paralysie a accompagné souvent, mais non constamment, les hémorrhagies dont il s'agit. Elle s'est présentée dans 47 cas. 31 en ont paru exempts ; mais sur ce nombre, 20 fois au moins le défaut de mention de la paralysie s'est rencontré, alors que la mort avait été très rapide, et que la confusion des symptômes et la détresse générale empêchaient de distinguer quelles parties de l'économie étaient plus spécialement privées de mouvement. Ce n'est donc, en réalité, que chez 8 à 10 sujets que la paralysie était absente. Elle s'est manifestée selon les modes suivants :

Il y a eu hémiplégie gauche............	12 fois ([1]).
Paralysie du membre supérieur gauche..	2 — ([2]).
— de la moitié gauche de la face..	1 — ([3]).
Hémiplégie droite.....................	11 — ([4]).
Paralysie des quatre membres..........	21 — ([5]).
	47 fois.

Je remarque : 1° que les hémiplégies ont surtout affecté les individus dont l'hémorrhagie siégeait à l'un des côtés du mésocéphale; 2° que la paralysie a toujours été du côté opposé au siége de la lésion ; 3° que la paralysie des quatre membres a eu lieu principalement lorsque le foyer était au centre du mésocéphale ou qu'il s'était ouvert dans le ventricule du cervelet ; 4° que les membres supérieurs ont été plus souvent ou plus fortement affectés que les membres inférieurs; 5° que la paralysie, dans un cas, s'est étendue du côté droit du corps au côté gauche (DCCXLII); 6° qu'elle

([1]) DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXXXVIII, DCCXXXIX, DCCLVI, DCCLXXVII, DCCLXXX, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCXCVI, DCCC, DCCCXIII.

([2]) DCCXL, DCCXCI.

([3]) DCCLXXXVI.

([4]) DCCXLI, DCCXLII, DCCXLIII, DCCXLIV, DCCXLV, DCCXLVI, DCCXLVIII, DCCLXVIII, DCCLXXXIX, DCCXC, DCCCI.

([5]) DCCLV, DCCLVII, DCCLVIII, DCCLIX, DCCLX, DCCLXI, DCCLXII, DCCLXV, DCCLXX, DCCLXXIII, DCCLXXV, DCCLXXVI, DCCLXXVIII, DCCLXXIX, DCCXCIII, DCCXCIV, DCCCIII, DCCCVIII, DCCCX.

s'est bornée, dans un autre, à un seul côté de la face, en épargnant les membres (DCCLXXXVI); 7° que les membres paralysés ont été atteints de crampes (DCCXXXVII), et plusieurs fois de contracture (DCCXLV, DCCLVI, DCCXCV, DCCCX); mais que, dans un cas, les deux symptômes sont demeurés parfaitement distincts, la paralysie étant à gauche et la contracture à droite (DCCCXIII).

XXII. Les cas d'hémiplégie alterne se sont montrés neuf fois d'une manière très caractérisée; trois fois la paralysie portait sur les membres droits et le côté gauche de la face (DCCXLV, DCCLXVIII, DCCLXXXIX); six fois c'était l'inverse DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCLXXVII, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCXCVI). La paralysie, dans les deux sens, n'a pas toujours été semblable; dans un cas, elle a épargné la paupière supérieure, s'étant bornée à la déviation des autres parties de la face, et, dans un autre fait, on a pu constater, d'une part, la paralysie des membres droits, avec inertie des muscles du côté droit du thorax, de la moitié droite du voile du palais, la diminution de sensibilité de la moitié droite de la face, tirée à gauche, et, d'autre part, paralysie des paupières gauches, strabisme externe, immobilité de l'œil gauche, et diminution dans la portée de la vue de cet œil. Je me borne, pour le moment, en notant cette différence, à faire remarquer que le dernier fait appartient à la série des hémorrhagies des pédoncules cérébraux, et que le précédent se rattache aux hémorrhagies de la protubérance, avec extension dans les pédoncules cérébelleux.

XXIII. La sensibilité s'est trouvée dans des états très variés. D'abord, elle a été immédiatement abolie dans les cas fort graves qui ont amené une mort rapide. L'intelligence, le mouvement et le sentiment étaient simultanément enrayés; à peine si quelques actions réflexes pouvaient être provoquées. Je ne connais pas de cas d'insensibilité générale sans perte absolue de connaissance. C'était le résultat de la suspension générale et plus ou moins complète des fonctions encéphaliques. Mais lorsque ces fonctions se sont en

partie rétablies, il a été possible de constater, dans certains cas, que la sensibilité était émoussée, obtuse ou même abolie dans les parties privées de mouvement; c'est ce qu'on a observé dans 17 cas [1]. Mais elle a pu également y conserver son intégrité; c'est ce que 8 autres cas ont permis de constater [2]. Deux fois elle y a même été exaltée [3]. Dans l'un des faits d'hémiplégie alterne, la sensibilité était normale au bras inerte, mais émoussée au côté de la face paralysé (DCCXXXVI). Chez un autre sujet qui offrait une rigidité générale des membres, la sensibilité était conservée aux supérieurs et nulle aux inférieurs (DCCCIX).

XXIV. La respiration a été souvent influencée d'une manière très remarquable. Maintes fois, elle a paru génée, laborieuse, lente, profonde (DCCXLVII, DCCLX, DCCLXVI, DCCLXXI, DCCLXXVIII, DCCLXXXII, DCCXCI, DCCXCV, DCCXCVIII, DCCCIII), suspirieuse (DCCLXIV), entrecoupée de hoquet (DCCCIX), ne s'exerçant qu'à l'aide du diaphragme, pendant que les parois thoraciques demeuraient immobiles (DCCL, DCCLVIII), s'interrompant par intervalles, allant en s'affaiblissant (DCCLXIX, DCCLXX), et finissant par un état d'apnée ou d'asphyxie rapide (DCCLV, DCCLX, DCCLXXV, DCCXCVIII). En outre, la respiration a été stertoreuse, surtout vers la fin, dans 24 cas; mais, en quelques rares occurences, la respiration était à peine gênée, régulière, naturelle; seulement, un peu fréquente (DCCLXI, DCCXCIV).

XXV. Les voies digestives ont offert quelques symptômes dans près du tiers des cas. Il est survenu des vomissements chez 13 sujets (DCCLXI, DCCLXIX, DCCLXXIV, DCCLXXXVIII, DCCXCI, DCCXCVI, DCCXCVIII, DCCC, DCCCV, DCCCVII, DCCCVIII, DCCCIX, DCCCXI); mais, chez un autre malade, on ne put réussir à en provoquer, même en donnant des doses d'émétique assez élevées (DCCLIX). La gêne et l'impossibilité de la déglutition

[1] DCCXXXVII, DCCXLI, DCCXLII, DCCXLV, DCCXLVIII, DCCLVIII, DCCLXII, DCCLXXX, DCCLXXXII, DCCLXXXIV, DCCLXXXVII, DCCLXXXIX, DCCXC, DCCXCIII, DCCXCVIII, DCCCV, DCCCXIII.

[2] DCCXXXVI, DCCXXXIX, DCCL, DCCLXXXVII; DCCXCI, DCCXCV, DCCC, DCCCI.

[3] DCCXXXIX, DCCXCVI.

ont été observées chez 9 sujets (DCCXXXVI, DCCXLII, DCCXLVI, DCCLXXVI, DCCLXXXVII, DCCXCV, DCCCI, DCCCV, DCCCIX). Quelquefois, il y a eu rétention des selles et des urines, plus souvent incontinence.

XXVI. Le pouls n'a point offert de caractère constant. Il a été résistant, dur, fort chez plusieurs sujets, irrégulier, chez quelques-uns, fréquent chez ceux-ci, lent chez ceux-là, quelquefois normal. Un malade avait des battements de cœur tumultueux.

XXVII. La température de la peau a paru plus élevée qu'à l'ordinaire (DCCCX), surtout vers la tête (DCCLXI), abaissée au cercle inférieur (DCCXCV), plus vivement sentie par le malade dans les parties paralysées que dans les autres, sans que la main du médecin y trouvât une différence appréciable (DCCLXXXIX). Quelques malades ont éprouvé un refroidissement général (DCCLXXII, DCCCIII).

XXVIII. La maladie ayant eu, en général, une courte durée, a suivi une marche continue. Toutefois, elle a présenté des degrés variés d'intensité, selon le moment. Ordinairement portée dès l'invasion à une gravité extrême, elle a pu offrir bientôt après une notable modification et une atténuation dans les symptômes, ce qui a permis au malade de vivre encore quelque temps. On a vu la connaissance et la parole se rétablir. Un individu paraissait entrer en convalescence, il mange trop, et meurt le treizième jour (DCCLXIII). Les derniers moments peuvent être précédés d'une réaction susceptible d'en imposer (DCCLXIV). Dans quelques cas, le groupe symptomatique s'étant graduellement dégagé et réduit à une paralysie, à un trouble intellectuel, des mois et des années ont pu s'écouler; mais il a suffi d'une congestion ou d'un léger renouvellement de l'effusion sanguine pour rappeler la gravité première et causer une mort rapide.

XXIX. La durée de l'état morbide causé par l'hémorrhagie du mésocéphale a été, d'après ce qui précède, très variable. Voici les différences indiquées par les faits : La maladie a été foudroyante, et la mort subite ou à peu près

(DCCXLIX, DCCLI, DCCLXIV, DCCLXXIX, DCCLXXXIII, DCCLXXXVIII, DCCCXII), ou la terminaison funeste a eu lieu en une heure (DCCL, DCCLIII), deux heures (DCCLXVI, DCCLXIX, DCCLXX DCCLXXIII, DCCLXXXV, DCCXCVII, DCCXCVIII, DCCCII, DCCCXI), quatre (DCCLV, DCCLXII, DCCLXXII, DCCXCII, DCCCVI, DCCCX), cinq (DCCLXXV, DCCLXXVI), DCCLXXXIV, DCCXCIII), six (DCCLII), huit (DCCCIII), neuf (DCCLX, DCCLXXIV, DCCXCIX), dix (DCCLVIII, DCCLXXX), douze (DCCLXV, DCCCVII), quinze (DCCXL), seize (DCCCIV), dix-huit (DCCCVIII) et vingt (DCCLXXVII, DCCLXXVIII) heures. Chez d'autres sujets, la mort n'est arrivée qu'après vingt-quatre heures (DCCLXXXII), le deuxième (DCCXLII, DCCXLIII, DCCCIII), le troisième (DCCLVII, DCCLIX, DCCLXI, DCCC), le quatrième (DCCXCIV), le cinquième (DCCLXVIII), le sixième (DCCLXXXVI), le septième (DCCXCI), le huitième (DCCXLI), le dixième (DCCXCVI), le treizième (DCCLXXXVII), le quinzième (DCCXLIV, DCCXLV, DCCXCV), le vingt et unième jour (DCCXLVIII). Chez quelques malades, la vie a pu se prolonger un mois et quelques jours (DCCXXXVII, DCCXLVII), deux mois (DCCXXXVI, DCCLXXXIX, DCCCV), onze mois (DCCLVI), deux ans (DCCXXXVIII, DCCXLVI), quatre ans (DCCXC), cinq ans (DCCCI), et peut-être plus (DCCXLIII, DCCLIV). Il résulte de cette progression que l'hémorrhagie mésocéphalique a causé la mort, en moins d'un jour, chez 44 individus; du premier au vingt-unième jour, chez 22; d'un à onze mois, chez 6; enfin, après deux ans et plus, encore chez 6.

XXX. Comme dans les autres hémorrhagies encéphaliques, et même plus souvent peut-être, on a trouvé dans les vaisseaux des méninges et du cerveau une assez grande quantité de sang, dans les méninges plus ou moins d'exsudation séreuse. On a trouvé 21 fois une sérosité limpide ou sanguinolente dans les ventricules du cerveau; c'est surtout quand l'hémorrhagie s'était étendue du mésocéphale aux pédoncules que cette coïncidence a eu lieu. On a rencontré aussi des traces de méningite, une hypertrophie cérébrale (DCCLXXXVII, DCCLXXXVIII), etc.

XXXI. 11 fois, la lésion du mésocéphale n'a intéressé que les parties latérales; 5 fois le côté droit, 5 fois le côté

gauche, et une fois les deux côtés simultanément. La partie affectée a paru tuméfiée lorsque le foyer était considérable. Ce foyer a présenté un volume variable, comparé par les observateurs à un œuf de pigeon, une noisette, un pois. Il a rarement dépassé la ligne médiane. Le sang y était infiltré, mêlé avec la substance encéphalique en forme de pulpe, ou à peine coagulé, ou en concrétions disposées par couches et faisant supposer des effusions successives (DCCXXXVI). Le foyer a pu, au bout d'un long temps, offrir les apparences d'une cicatrice, ne contenant pas de néo-membrane, mais un tissu filamenteux, grisâtre, imbibé de sérosité (DCCXXXVIII, DCCXLIII, DCCXLVI). Les lésions latérales ont quelquefois compromis les racines des différents nerfs, tels que le trifacial, le facial, l'acoustique, ainsi que les pyramides antérieures, etc.

XXXII. Lorsque l'hémorrhagie a eu lieu au centre du mésocéphale et qu'elle a été assez considérable, cet organe a paru tuméfié dans son ensemble, d'une teinte plus ou moins bleuâtre, selon l'épaisseur des parois du foyer. Ce foyer aurait pu contenir une noix entière ou la moitié de ce corps. Plus souvent, son volume était moindre; il a pu être placé près de la face postérieure ou légèrement incliné d'un côté, mais parfois le foyer n'était pas unique; il y en avait deux, quatre et même six d'inégale capacité (DCCLI, DCCLVI, DCCLXIII). Le caillot paraissait récent dans la plupart des cas, la mort ayant été prompte; mais, dans deux, on apercevait les résultats d'un travail réparateur. Dans l'un, au vingt et unième jour, on constatait la présence d'une néo-membrane molle (DCCXLVIII), et, dans un autre, datant de plusieurs années, cette membrane était dure et résistante, tapissant l'intérieur d'une sorte de cicatrice brunâtre (DCCLIV). Chez un sujet où la mort avait été rapide, les environs du foyer présentaient de petites artères dilatées, comme variqueuses, qui se brisaient avec une grande facilité (DCCLXIV).

XXXIII. Le foyer hémorrhagique s'est rompu quelquefois à la face postérieure et supérieure du mésocéphale,

dans la cavité du quatrième ventricule. Le sang a pu pénétrer par l'aqueduc de Sylvius dans le troisième ventricule; dans un cas, les tubercules quadrijumeaux et la valvule de Vieussens étaient déchirés.

XXXIV. La rupture du foyer s'étant faite du côté de la face inférieure du mésocéphale, le sang s'est répandu dans les fosses occipitales inférieures; il a pu pénétrer dans le canal rachidien.

XXXV. Dans cinq observations, le siége de l'hémorrhagie était dans l'un des pédoncules cérébraux, foyer ordinairement circonscrit, pisiforme, ou assez volumineux, et pouvant comprimer et repousser le nerf oculo-moteur commun. Dans un cas, la cavité, au deuxième mois, ne contenait pas de pseudo-membrane (DCCLXXXIX); dans un autre, après quatre ans, il y avait une membrane dense, comme fibro-séreuse, et les parois étaient d'un blanc nacré et de consistance cartilagineuse (DCCXC).

XXXVI. L'hémorrhagie du mésocéphale peut s'étendre dans les pédoncules cérébraux ou cérébelleux, en écartant les faisceaux nerveux qui les constituent. L'hémorrhagie étant considérable, la protubérance volumineuse, aplatie, semblable à une poche, les tubercules quadrijumeaux peuvent être en partie détruits (DCCXCI), ou, le foyer étant circonscrit, situé au centre ou dans l'une des moitiés latérales, le sang peut pénétrer dans un ou plusieurs pédoncules. Quand il s'est introduit dans un pédoncule cérébral, il a pu parvenir jusqu'à la couche optique (DCCXCI, DCCXCIV, DCCCX), ou par les pédoncules cérébelleux jusque dans la substance du cervelet (DCCXCI, DCCCVI, DCCCIX). Le foyer peut, en outre, se rompre dans le ventricule du cervelet (DCCXCVII, DCCXCIX, DCCCV, DCCCVII); le sang a même coulé dans l'aqueduc de Sylvius. Cet envahissement est très variable par son étendue et sa direction; il se borne à un seul pédoncule ou il en atteint plusieurs, parfois c'est le pédoncule cérébral d'un côté et un pédoncule cérébelleux de l'autre, parvenant ainsi par des voies divergentes dans la couche optique et dans le cervelet (DCCCVI).

Une fois, le foyer mésocéphalique était plus prononcé à gauche, et cependant c'est dans un pédoncule cérébelleux droit que l'extension avait eu lieu. Je soupçonne toutefois qu'il y avait deux foyers distincts. C'était un cas d'hémiplégie alterne, et on remarquera que la paralysie faciale était opposée à la lésion du mésocéphale, et la paralysie des membres opposée à celle du pédoncule cérébelleux (DCCXCV). Les parois des foyers prolongés offraient des fibres écartées et souvent rompues. On y a vu au bout de peu de jours une pellicule mince et très vasculaire (DCCXCV). Chez une femme dont l'hémorrhagie mésocéphalique remontait à cinq ans, et avait laissé une hémiplégie et une sorte de démence, la protubérance recélait une cavité étendue dans un pédoncule cérébelleux, tapissée par une membrane et remplie de sérosité. La substance encéphalique la plus voisine était indurée; plus loin, elle était ramollie (DCCCI).

XXXVII. L'extension du foyer ne s'est pas seulement opérée vers les pédoncules, elle a pu se faire du côté des éminences pyramidales (DCCCXI). Mais chez un sujet, l'une de ces éminences avait été le siége primitif et unique de l'hémorrhagie. Celle-ci s'était probablement opérée d'une manière successive; aussi, la vie avait-elle pu se prolonger pendant quelques jours (DCCCXIII); tandis que, chez un autre individu dont la mort fut immédiate, c'est au centre même du bulbe rachidien que le sang jaillit, s'élevant jusqu'au niveau du quatrième ventricule et détruisant en partie les éminences olivaires (DCCCXII).

XXXVIII. Plusieurs observations montrent les artères encéphaliques dans un état athéromateux très prononcé (DCCXL, DCCLXIV, DCCLXX, DCCLXXII, DCCLXXVII, DCCXCVIII, DCCXCIX), ou encroûtées de sels calcaires (DCCLXVIII, DCCLXXVIII, DCCC, DCCCV). Un cas assez curieux offre des dilatations fort distinctes sur le trajet de petites artères (DCCLXVIII).

XXXIX. Le cœur a présenté 15 fois un état pathologique. C'était le plus souvent l'hypertrophie du ventricule gauche (13 fois); puis le rétrécissement, l'ossification des valvules

mitrale ou aortiques, la dégénérescence encéphaloïde du cœur (DCCXLIII, DCCXLVII, DCCLXXVIII).

XL. Chez quelques sujets, les poumons étaient engoués ou emphysémateux (DCCLX, DCCLXXXII), le foie volumineux, la vésicule biliaire remplie de calculs, les reins malades (DCCXLIX, DCCLII, DCCCV).

SÉRIES COMPLÉMENTAIRES. — *Coïncidences de l'hémorrhagie du mésocéphale avec les hémorrhagies des diverses autres parties de l'encéphale.*

Lorsqu'il s'agit d'un organe aussi important que le mésocéphale et de ses lésions si peu connues, on ne doit négliger aucune occasion d'en éclairer l'étude. Dans les faits qui vont suivre, malgré les complications qui modifient nécessairement leur exposé, peuvent se trouver quelques points à vérifier, quelques notions à confirmer, quelques données à déduire. Il est un certain nombre de ces faits qu'on regretterait de ne pas pouvoir comparer aux précédents.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Coïncidence des hémorrhagies des méninges et du mésocéphale.*

DCCCXIVe OBS. — Fille, vingt-six ans, menstrues normales. Juillet, céphalalgie, nausées, vomissements, tête renversée en arrière; roideur de la partie postérieure du cou et du tronc; bras contracturés, paupières supérieures abaissées irrégulièrement; mouvements convulsifs de la mâchoire inférieure, pouls 55, intelligence conservée, agitation; cris plaintifs, délirants; langue blanche, rouge sur les côtés. Pas de douleur abdominale, ni de météorisme, ni de taches. Pouls 70, coma, gencives fuligineuses, collapsus. Mort le septième jour. — Sinus et vaisseaux cérébraux gorgés de sang en partie coagulé. Arachnoïde teinte d'une couleur noire, qu'elle doit à une couche de sang répandu à la surface des circonvolutions. Cette couche est plus épaisse au niveau des anfractuosités; elle pénètre dans le canal vertébral. Caillots sanguins et sérosité sanguinolente sur toute la base du cerveau. Sous l'arachnoïde et dans les ventricules, plusieurs cuillerées de sérosité. Pointillé sanguin dans quelques parties de la substance blanche du cerveau. La protubérance offre

dans son centre un petit caillot de la grosseur d'un grain de chénevis [1].

DCCCXV° Obs. — Pierre Pomiès, âgé de vingt-six ans, de Saint-Arroman (Hautes-Pyrénées), domicilié à Bordeaux où il est menuisier, est d'un tempérament lymphatico-sanguin; on n'a pas de renseignements sur les maladies qu'il peut avoir eues; on sait seulement que deux de ses parents ont été rapidement enlevés en offrant des symptômes apoplectiques. Depuis six mois, il se plaignait d'éprouver de la gêne dans l'abdomen, de la tuméfaction et une certaine dureté derrière l'ombilic, et il était survenu un suintement assez abondant au fond de cet anneau. Il y avait quinze jours que des douleurs de tête très intenses s'étaient manifestées. Il y avait aussi une toux légère.

Entré à l'hôpital Saint-André, dans le service de la clinique interne, le 8 avril 1854, Pomiès présente l'état suivant : peau d'une température et d'une coloration normales; pouls 60, un peu plein. Céphalalgie générale. Sens, intellect et appareil locomoteur exempts d'altération. Toux sèche, passagère. Pas de signes fournis par la percussion ni l'auscultation. Langue blanche à sa face supérieure, rouge sur les bords. Bouche amère, soif; nausées le matin. Légère douleur à l'épigastre par la pression. Douleur plus vive sur les côtés de l'ombilic par la simple palpation. Toute cette région offre de la résistance, et quand on la percute, le son est mat. On distingue des inégalités de consistance derrière les parois abdominales, et on voit un liquide séro-purulent remplir l'ombilic. Un examen attentif fait reconnaître une petite excroissance charnue au fond de cette excavation.

9. La céphalalgie a augmenté; le pouls est devenu large, plein, assez dur. (Petite saignée du bras, cautérisation de l'excroissance ombilicale avec le nitrate d'argent, tisane, etc.)

11. Moins de céphalalgie, vomissements, douleur au creux de l'estomac, constipation. (Deux ventouses scarifiées à l'épigastre, lavement purgatif.)

13. Recrudescence de la céphalalgie; pouls plein, 60. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, pédiluves sinapisés.)

14. Diminution notable des douleurs de tête, vomissement de matières jaunâtres, langue couverte d'un enduit de même couleur; pouls plein, régulier, 60. (Une bouteille d'eau de sedlitz.)

15. Nausées, vomissement de matières verdâtres, faiblesse générale. (Boissons fraîches, bouillons, etc.)

16. Prostration des forces, langue toujours couverte d'un enduit

[1] Morlot, Thèses de Paris, 1846, n° 98, p. 18.

saburral fort épais, embarras de la parole, pas de céphalalgie, dilatation des pupilles. Le soir, pouls plein, lent, 45; impossibilité de parler; la paupière supérieure gauche ne se soulève qu'avec peine; teinte violacée de la face, quelques vomissements. (Vésicatoires aux jambes.)

17. Pouls toujours plein, calme, régulier. Soubresauts des tendons, décubitus dorsal, dilatation des pupilles, œil droit entr'ouvert, œil gauche fermé, strabisme, déglutition difficile, hoquet, constipation. (Raser toute la tête, y appliquer un large vésicatoire; infusion de valériane, cataplasmes sinapisés aux pieds, lavement purgatif.) Soir, mouvements convulsifs de l'épaule gauche, respiration stertoreuse; face vultueuse, cyanosée; yeux largement ouverts, larmoyants; strabisme, pupilles dilatées. Attaque épileptiforme, écume sanglante à la bouche, mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche, agitation; décubitus varié, quelquefois sur le ventre; stertor, joues soulevées par l'air expiré, membres supérieurs cyanosés. Bientôt après, sensibilité abolie, immobilité; yeux à demi-ouverts, globes dirigés en haut; néanmoins pouls encore fort, résistant, 72. Mort à minuit.

Nécropsie. — Rigidité très marquée des membres, qui ont une teinte livide, ainsi que la face. Écume sanglante autour de la bouche et des narines.

L'examen général de la conformation de la tête donne lieu de remarquer un aplatissement assez prononcé de la région occipitale, et la section du crâne permet de constater que les os ont beaucoup d'épaisseur dans cette région.

Légère injection des méninges.

Pointillé rouge assez prononcé dans toute la substance cérébrale. Très petite quantité d'un liquide séreux et limpide dans les ventricules, dont les parois sont parsemées de taches comme pétéchiales ou ecchymotiques. Ramollissement très marqué du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Ramollissement notable du cervelet.

A la base du cerveau, on trouve une infiltration sanguine considérable sous l'arachnoïde. Elle est très marquée au niveau du chiasma des nerfs optiques, principalement du côté droit, ce qui donne à ces organes une teinte noirâtre-violacée. Même état, mais plus prononcé, et constitué par une couche sanguine plutôt que par une simple infiltration, sur le côté droit de la face inférieure de la protubérance annulaire et sur le bulbe rachididien du même côté. En enlevant les méninges et le sang qui les imprègne, on découvre le mésocéphale, dont la surface est parfaitement intacte. En divisant cet organe, on remarque une série nombreuse de points d'un rouge-noir foncé, principalement dans ses deux tiers infé-

rieurs. Ces points sont des caillots fort petits, demeurés distincts et isolés les uns des autres; ils ne forment point des lignes séparant les faisceaux des fibres nerveuses; ils sont assez également distribués. Leur nombre s'élève de trente-six à quarante. La substance du mésocéphale est un peu ramollie, ainsi que celle du bulbe rachidien, jusqu'à quelques centimètres dans la partie supérieure de la moelle épinière. Il n'existe de tubercules dans aucun point des méninges ou de l'encéphale.

Poumons généralement sains, crépitants, seulement un peu engoués à leur base et à leur région postérieure. Une recherche exacte n'a fait découvrir que deux très petits tubercules placés superficielle-ciellement sous la plèvre, au sommet du poumon gauche.

Cœur à l'état normal.

Injection et épaississement du péritoine pariétal, surtout dans ses régions inférieures. Intestins fortement météorisés et ayant une teinte rosée. Ganglions mésentériques très développés, arrondis ou oblongs; quelques-uns de ceux-ci ayant jusqu'à 3 ou 4 centimètres de longueur; ils sont contenus dans une sorte de coque membraneuse, épaisse, noirâtre, et comme mélanique; l'intérieur est uniquement formé de matière tuberculeuse. Le grand épiploon est ratatiné, induré, de consistance presque cartilagineuse; il présente quelques tubercules : l'un d'eux est dans un état de suppuration. Le feuillet séreux qui recouvre la face convexe du foie présente encore des tubercules; deux de ceux-ci sont assez volumineux, mais ne sont pas recouverts de l'enveloppe mélanique ci-dessus indiquée. Volume, forme et texture du foie, de la rate et des reins, à l'état normal. Muqueuse de l'estomac un peu injectée. Quelques arborisations dans les tuniques intestinales. Point de lésion des follicules de Peyer.

DCCCXVI° Obs. — Homme, cinquante-sept ans, robuste; chagrins. 28 mars, céphalée, embarras gastrique. 7 août, retour de la céphalalgie. 26, récidive des douleurs de tête et vomissements de bile verdâtre; pouls toujours lent pendant ces trois attaques. 28, nouveau retour des douleurs, qui sont atroces; pouls 55, mou, petit, irrégulier, peau froide, tête libre; pouls 80-85; le malade reprend ses ccupations. 8 mai, céphalalgie intense, vomissement de bile verte; 9, coma, urines involontaires, décubitus dorsal; face vultueuse, rouge sombre; pouls 60, puis à 80; respiration stertoreuse (fume la pipe); pupilles naturelles et mobiles; le malade semble reconnaître, répond juste, *oui* ou *non;* il tire la langue en ligne droite; tronc roide, tête dirigée en arrière; sensibilité conservée. Le soir, vue et ouïe nulles, évacuations involontaires. 10, pouls 100, sueur abondante, pupilles dilatées, insensibilité. Mort. — Du sang noir sort par la

bouche. Ecchymoses sur la face et le cou. Sur le sommet du crâne, près le sinus longitudinal à droite, une tache noirâtre, plus marquée à la face interne qu'à la face externe de la calotte. Épanchement sur le tiers moyen de l'hémisphère droit du cerveau, sous la dure-mère, consistant en un demi-verre d'un liquide noir, poisseux comme du goudron. Pas de caillot. Le sang situé, dit l'auteur, entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, est enveloppé dans un sac hémorrhagique qui adhère en arrière, ayant sept à huit centimètres de longueur, quatre de largeur et un et demi d'épaisseur. Substance cérébrale en cet endroit un peu déprimée, mais parfaitement saine. Dans le tiers inférieur de l'épaisseur de la protubérance annulaire, épanchement de sang coagulé étendu transversalement, du volume de la moitié d'une petite fève (1).

DCCCXVII° Obs. — Homme, soixante ans, céphalalgie, coma; état général de paralysie; pupilles immobiles, paupière droite abaissée, stertor, pouls dur, plein, fréquent; vomissement pendant qu'on pratique l'artériotomie temporale; convulsions. Mort huit heures après l'invasion des symptômes. — Crâne mince, d'une teinte foncée brune vers l'occiput et le pariétal gauche. Sous la dure-mère, sang liquide et caillot épais de demi-pouce, adhérant en partie et assez fortement à cette membrane, occupant principalement la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère, et s'étendant jusqu'à la base; on peut estimer la quantité de sang épanché à six onces. Veines de la pie-mère très larges et gorgées de sang noir. Circonvolutions parsemées de taches rougeâtres à leur surface. Pas de sang dans les ventricules ni dans la substance cérébrale. Petit caillot dans la protubérance annulaire et un autre plus gros dans le pédoncule droit du cervelet (2).

DCCCXVIII° Obs. — Femme, soixante-huit ans, tempérament sanguin, constitution replète. Étourdissement et chute dans un escalier. Perte de connaissance pendant plusieurs minutes. Vives douleurs à la tête et dans les membres; réponses assez justes aux questions; pas de paralysie; vomissements, et soudain cessation absolue de toute sensation et de tout acte intellectuel. Face rouge, congestionnée; paupières entr'ouvertes, pupilles dilatées et immobiles; bouche légèrement déviée à gauche; tête renversée du même côté; joue droite plus lâche que la gauche; respiration stertoreuse. Toutes les parties du cercle supérieur sont privées de sentiment et de mouvement. Les membres inférieurs, encore sensibles et mobiles, se contractent sous l'influence d'une stimulation, mais restent immobiles quand on

(1) Dubois, de Neufchâtel, *Gazette médicale*, 1848, p. 298.
(2) Alex. Kilgour, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1840, t. LIII, p. 351.

cesse de les exciter. Ni contracture, ni convulsions. Battements du cœur forts, 66 par minute; pouls développé, dur; artères temporales et carotides battant avec une force remarquable; respiration de plus en plus embarrassée. Mort le soir du même jour. — Laxité plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Forte contusion au côté droit de la tête. Vaste ecchymose sous le cuir chevelu. Épanchement sanguin entre la fosse temporale droite et la dure-mère. Fissure étendue du sinus caverneux à la ligne temporale. Les bords étaient encore tapissés d'une couche de sang coagulé. Hémisphères cérébraux affaissés, surtout le lobe moyen droit, mais sans autre altération, ainsi que le cervelet. La protubérance contient plusieurs foyers sanguins, de volume variable, plus nombreux à gauche qu'à droite, logés dans la substance grise, que traversent les fibres médullaires. Autour de ces foyers, les vaisseaux sont très injectés, ce qui donne au tissu de la protubérance un aspect marbré. Les parois de ces foyers sont ramollies ([1]).

Deuxième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux et du mésocéphale.*

DCCCXIX^e Obs. — Plombier, quarante-neuf ans, parents goutteux, vie régulière; atteint à trente ans de colique métallique, suivie de légère paralysie des membres supérieurs. A quarante-deux, colique sans paralysie, mais attaque violente d'agitation, avec perte de connaissance pendant vingt-quatre heures. Douleurs vagues dans les membres. 21 novembre, attaque subite, perte de connaissance; on constate le liseré bleuâtre du collet des dents. Membre inférieur droit moins chaud que le reste du corps. Veines en général gonflées. Déglutition accompagnée de menace de suffocation. Yeux saillants, paupières sans mouvement quand on les touche; face pâle; pupille de l'œil droit ovale, dilatée et sensible à la lumière; narine gauche plus étroite que la droite, et sans mouvement de l'aile du nez dans l'inspiration; proéminence des muscles pectoraux, et très légers mouvements thoraciques égaux des deux côtés; 20 respirations; effort spasmodique et bruit dans l'inspiration; écume à la bouche; palpitations de cœur; violentes pulsations dans les artères carotide et temporale droites, battements de la carotide gauche à peine distincts; pouls 60, plein, fort, plus au poignet droit qu'au gauche. Urines involontaires. Abolition de la sensibilité; attaques fréquentes de spasme tétanique général, qui durent quelques secondes, reviennent au bout de peu de minutes, et laissent les mem-

([1]) Nonat (service de Serres), *Lancette française*. — *Gaz. des Hôpit.*, t. VI, 1832, p. 502.

bres roides. Complète paralysie des membres et des muscles du côté droit de la face. Action réflexe par le châtouillement du pied très peu marquée à droite, très manifeste à gauche. Après une saignée, la pupille gauche devient ovale et se dilate comme l'autre; pouls 160, puis respiration de plus en plus lente, la circulation aussi; 5 inspirations, et pouls 28; yeux proéminents, paupières écartées. Mort deux heures après l'admission du malade à l'hôpital Saint-Georges, laquelle avait suivi de près l'invasion de l'attaque. — Très large caillot de sang dans la substance de l'hémisphère *droit* du cerveau, et remplissant aussi les ventricules latéral droit, troisième et quatrième. De plus, petite quantité de sang extravasé dans le centre du pont de Varole, qui est ramolli, et dont quelques veines sont très dilatées. Artère basilaire athéromateuse. Reins atrophiés, granuleux et contenant de nombreux kystes. Dans le foie, un large kyste hydatique (¹).

DCCCXX° Obs. — Domestique, cinquante ans, robuste. En janvier, embarras de la langue; membres gauches lourds, engourdis; amélioration, puis recrudescence; hémiplégie gauche et commencement de paralysie à droite. État stationnaire pendant deux ans. Enfin, assoupissement, fièvre, démence, langue rouge, déglutition difficile, sensibilité conservée, yeux dirigés en haut, mort. — Infiltration séreuse de la pie-mère. Plusieurs cicatrices dans les deux hémisphères du cerveau. Foyer hémorrhagique dans la moitié droite de la protubérance annulaire, se prolongeant dans le pédoncule cérébelleux droit et dans le côté droit de la moelle allongée (²).

DCCCXXI° Obs. — Cuisinier, cinquante-six ans, deux attaques antérieures. Le 10 février, perte subite de connaissance, immobilité. Cet état persiste le lendemain. Respiration difficile, stertoreuse; face rouge, conjonctives injectées; pouls fort, fréquent; paralysie incomplète des membres, plus prononcée à gauche; vessie très distendue. Après la saignée, faible retour de l'intelligence et de la sensibilité. Plaintes, sons inarticulés. Troisième jour, face déviée, paralysée du côté *droit*. Paralysie des membres plus prononcée à *gauche*. Pas de contracture. Mort le quatrième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne; dépôts crétacés nombreux dans les artères de la base, qui sont dilatées. A la partie postérieure du lobe moyen droit du cerveau, au dessus et en dehors de la cavité digitale du ventricule, foyer apoplectique du volume d'une noix, à parois lisses, contenant un caillot de sang noir. Au dessous de ce foyer, cavité

(¹) John W. Ogle, *Transact. of the Pathological Society of London*, 1861, t. XII, p. 3.
(²) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 624.

anfractueuse indurée, rouge-jaunâtre, indiquant un épanchement ancien, et en dedans, trace ecchymotique jaunâtre, indice présumable d'un épanchement plus ancien encore. Mésocéphale renfermant, dans son étage supérieur et dans le quatrième ventricule, un caillot sanguin de la grosseur d'une noix; la substance de la protubérance est altérée et déchiquetée à ce niveau, également des deux côtés. Bulbe et pédoncules sains. Dépôts crétacés sur la valvule mitrale (1).

DCCCXXII^e Obs. — Femme, soixante-trois ans. En novembre, vomissements. Le lendemain, hémiplégie gauche, avec déviation de la commissure des lèvres; rigidité prononcée du membre supérieur paralysé; insensibilité de ce membre, sensibilité persistant dans l'inférieur. Yeux ouverts, intelligents; parole facile. Rigidité des muscles du cou, face tournée à droite; pouls dur, fréquent. Mort le troisième jour. — Il existe un foyer en dehors du corps strié; un autre dans une circonvolution du lobe postérieur; une multitude de taches pétéchiales d'apparence scorbutique, ou plutôt de petits épanchements miliaires, la plupart proéminents à la surface du cerveau, ou cachés dans l'épaisseur de la substance grise, et une foule de petites granulations brun-jaunâtre, très denses, disséminées à la superficie des hémisphères, considérées comme des cicatrices de petits foyers sanguins. Enfin, la protubérance présente quelques taches d'apparence scorbutique, et dans son épaisseur, sur l'un des côtés de la ligne médiane, de petites cicatrices d'un brun-jaunâtre foncé (2).

Troisième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des corps striés et du mésocéphale.*

DCCCXXIII^e Obs. — Femme, trente-quatre ans. Hémiplégie gauche; céphalalgie intense à droite, suivie de la paralysie des muscles droits de la face, de l'orbiculaire droit. Amaurose de l'œil gauche. Pas de lésion de l'oreille droite, dont l'ouïe est normale; sensibilité du côté affecté naturelle, ainsi que les mouvements des mâchoires. Céphalalgie, œdème et ulcérations des membres inférieurs. — Beaucoup de sérosité dans les cavités de l'encéphale. Corps strié droit contenant une cavité irrégulière remplie d'une matière floconneuse rouge. Partie postérieure et inférieure du pont de Varole, contenant une autre petite cavité où se trouve une substance celluleuse en petite quantité. Cette cavité s'étend à droite, dans la direc-

(1) Poisson, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 204.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 38e livraison, planche XI, p. 5.

tion de l'origine de la septième paire. La portion dure paraît atrophiée à son origine. Pas de lésion du temporal. Quelques taches sur les parois des artères cérébrales. Cœur volumineux, ventricule gauche hypertrophié (1).

DCCCXXIV^e Obs. — Femme, quarante-cinq ans. Trois ans avant, attaque d'apoplexie suivie de paralysie du côté gauche, avec sensibilité diminuée, mais non éteinte. Depuis un an et demi, motilité revenue. En septembre, étourdissements, céphalalgie, tendance à l'assoupissement. Le 10, la malade tombe sans connaissance. Quelques heures après, face violacée, paupière gauche abaissée, bouche et langue déviées à droite, tête inclinée dans le même sens, membres gauches paralysés et insensibles, vue abolie, somnolence, respiration stertoreuse. Mort à cinq heures du matin, commencement du deuxième jour. — Sérosité infiltrée dans la pie-mère. Corps strié droit comme détruit par un foyer hémorrhagique et épanchement considérable de sang dans le ventricule. La protubérance présente au milieu de sa moitié droite une cavité oblongue, transversale, de cinq lignes de long, renfermant un liquide jaunâtre. Ses parois offrent une teinte analogue, et sont liées par de petites brides qui se déchirent aisément. Substance environnante normale (2).

DCCCXXV^e Obs. — Femme, quarante-cinq ans. Douleur pleurodynique, puis écoulement purulent et fétide de la narine droite, avec douleurs frontales vives. Hématemèse. 6 juillet, à six heures du soir, attaque subite. Pâleur de la face; pas de déviation de la bouche, ni d'écume; pupille droite très dilatée, la gauche contractée; spasmes toniques des bras et des jambes, alternant avec la résolution. Insensibilité générale complète, perte de connaissance; pouls non fréquent, petit, serré; impulsion forte du cœur, bruit de frottement au premier temps; respiration gênée, bientôt après stertoreuse. Mort à huit heures et demie, c'est à dire au bout de deux heures et demie. — Feuillet viscéral de l'arachnoïde soulevé par des caillots sur le mésocéphale. Épanchement sanguin dans toute la hauteur de la moitié droite de cet organe, et pénétrant dans le pédoncule cérébelleux moyen jusqu'à la base du lobe droit du cervelet. La moitié gauche de la protubérance n'est envahie par le sang que dans ses couches inférieures, et l'épanchement n'occupe que la moitié de la longueur du pédoncule cérébelleux moyen correspondant. Caillot de trois centimètres sur un dans le corps strié droit, qui est déchiré. État analogue du corps strié gauche; mais le

(1) Gregory, *Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb.* (*Edinb. Journ.*, t. XLII, p. 276.)
(2) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 37.

caillot est moins étendu, et il existe, en avant et en dehors du corps strié, une petite cavité remplie de sérosité limpide et tapissée par une fausse membrane jaunâtre. Dans le ventricule latéral, sérosité citrine. Plaques osseuses dans les artères de la base. Ulcération dans la fosse nasale droite. Cœur volumineux, dilatation considérable du ventricule gauche (1).

DCCCXXVIe Obs. — Femme, cinquante ans, tempérament sanguin, forte corpulence, boisson fréquente des spiritueux. En juin, attaque; vomissement, trouble moral profond; pouls irrégulier, 60; respiration laborieuse; yeux enflammés et déviés à gauche, ainsi que les traits du visage. La main gauche se porte sur la tête, grande anxiété; les membres droits paraissent paralysés. Pendant qu'on pratique une saignée, nouvelle attaque dans laquelle le visage est tourné. Paraplégie complète, stertor, cinq ou six inspirations par minute, pouls 62. Mort deux heures et demie après l'invasion. — Congestion des méninges, pie-mère enflammée, effusion considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette effusion est séreuse, et en quelques endroits rougeâtre, teinte de sang. Rougeur vive à la surface du cerveau. Les deux ventricules contiennent trois onces de sérosité claire. La communication des deux ventricules peut laisser pénétrer le bout du doigt. Plexus choroïdes décolorés, veines des ventricules injectées. Au milieu du corps strié droit, petit caillot de sang dans une cavité irrégulière. Même altération du corps strié gauche. Dans le troisième ventricule, sang mêlé à du sérum. Quatrième ventricule plein de sang. A sa surface inférieure, enfoncements irréguliers dans la substance du pont de Varole contenant des caillots. Artère basilaire volumineuse, fournissant deux branches qui plongent dans la protubérance, et aboutissent aux caillots de sang dans l'intérieur de cet organe. L'air insufflé dans cette artère par un chalumeau démontre que ces branches s'ouvrent au milieu des caillots (2).

DCCCXXVIIe Obs. — Homme, cinquante-deux ans, bien constitué, d'habitudes régulières, vie sédentaire, sujet aux palpitations de cœur. Depuis trois mois, céphalalgie, diminution de la vue et vertige. Il y a quatorze jours, réveillé la nuit avec perte de la parole et du mouvement du côté droit. Avant de se coucher, il avait éprouvé de l'hésitation pour parler. Intelligence conservée et sensibilité du côté droit très légèrement altérée. 28 février, grande difficulté pour parler, articulation des mots tout à fait confuse, sans

(1) Kirchberg, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1855, no 202, p. 37.
(2) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 105.

dérangement mental. La sensibilité et la motilité du côté droit se rétablissent en partie. Le malade peut marcher sans trop de difficultés; il se plaint de quelques engourdissements des doigts. Langue fortement dirigée vers le côté droit. Point de déviation de la bouche. Cependant, il parait évident que la perte de la motilité est plus marquée du côté droit que du gauche. Les mouvements des yeux sont égaux. Appétit, ventre paresseux; embarras, pesanteur vers la tête; gêne de la respiration; fortes palpitations de cœur: Pouls 84, plein et vibrant. Pas d'œdème des membres inférieurs. Mort le 24 avril. — Arachnoïde un peu opaque, vaisseaux de la pie-mère congestionnés, substance du cerveau pâle et un peu molle. Au milieu du corps strié gauche, large caillot de sang de couleur noire et en apparence de récente formation. Ramollissement pulpeux de la substance cérébrale environnante, de couleur rouge-brun. Au centre du côté gauche du pont de Varole, se trouve un caillot de la grosseur d'une petite fève, semblable à celui du corps strié et paraissant être de la même date. Substance cérébrale ramollie autour de ce foyer, sans altération de sa couleur. Artères de la base du cerveau parsemées de dépôts athéromateux. Hypertrophie du cœur et rupture de l'artère aorte anévrysmatique (¹).

DCCCXXVIII^e Obs. — Homme, soixante ans. Douleurs rhumatismales. Tout à coup, 29 février, étourdissement, perte de connaissance, décubitus dorsal, face injectée, bouche déviée à droite, résolution et insensibilité des membres droits, langue immobile, déglutition possible, dilatation de la pupille gauche, intellect anéanti; respiration bruyante, pénible. Deux heures après, aggravation, paralysie étendue aux quatre membres. Mort trois heures après l'invasion. — Forte injection des vaisseaux de la tête. Substance corticale rosée, substance médullaire fortement sablée. Dans les quatre ventricules, sang liquide et en caillots assez consistants. Corps strié ouvert par une déchirure d'un pouce de long, communiquant avec une cavité creusée dans la substance de ce corps. Septum lucidum détruit. Dans la protubérance, quatre petits foyers, dont trois dans le côté gauche et un dans le droit; le plus grand a cinq lignes de diamètre. Consistance de l'organe naturelle. Cervelet sain (²).

DCCCXXIX^e Obs. — Fille, soixante-huit ans, aliénée depuis trente ans. Attaque subite d'apoplexie, immobilité, battements du cœur forts et tumultueux, respiration de plus en plus gênée. Mort dans

(¹) James Risdon Bennett, *Medico-chirurgical Transactions*, 1849, t. XXXII, p. 157.
(²) Duplay, *Presse médicale*, 1837, p. 36.

l'espace de six heures. — Pie-mère injectée et infiltrée de sérosité. Cerveau ferme et injecté. Foyers hémorrhagiques circonscrits, mais nombreux dans les corps striés, ramollis, ainsi que les couches optiques. Protubérance cérébrale et pédoncules cérébraux infiltrés de sang et désorganisés ([1]).

DCCCXXX[e] Obs. — Homme, soixante-quinze ans. Attaque d'apoplexie en mai. Bouche déviée, paralysie complète à gauche, face injectée; pouls fréquent, développé; pupille gauche dilatée; respiration gênée, stertoreuse; paralysie du côté droit. Mort sept quarts d'heure après l'apparition des premiers symptômes. — Gros caillots dans la cavité de l'arachnoïde. Caillots dans les ventricules latéraux, le moyen et le quatrième. Le sang provenait d'une rupture linéaire de deux pouces de longueur, située sur le corps strié droit. Septum rompu. En outre, le ventricule s'était ouvert à sa partie externe et postérieure, et par là le sang s'était épanché dans la grande cavité de l'arachnoïde. Dans la protubérance annulaire, cinq foyers apoplectiques récents; le plus grand a six lignes de diamètre, le plus petit en a deux. Un de ces foyers communique avec le ventricule voisin. La substance du mésocéphale est un peu ramollie. Traces de congestion sanguine dans le cervelet. La moitié droite de la voûte du crâne est plus mince que la gauche. Cœur très volumineux ([2]).

Quatrième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les couches optiques et dans le mésocéphale.*

DCCCXXXI[e] Obs. — Femme, cinquante-sept ans, excès de boissons spiritueuses. Le mois dernier, attaque de delirium tremens. Le 5 décembre, perte de connaissance, chute bien qu'assise sur une chaise. Pas de déviation de la face; intelligence imparfaite; réponses nulles, bornées à *oui* ou *non*. La malade ne tire pas sa langue. Yeux rouges, pupilles normales, sensibilité diminuée et motilité nulle dans les membres droits. Ni convulsions ni contracture. Pouls 60. Quelques jours après, retour de l'intelligence; divers mots peuvent être articulés, mais difficilement. Dans le rire, les traits sont déviés à gauche; la langue peut s'avancer hors de la bouche; la sensibilité est presque rétablie. 12 février, tout à coup, gémissements, main gauche appliquée contre la tête, perte de connaissance, respiration lente; pupille gauche dilatée, la droite contractée, toutes les deux insensibles à la lumière. Tous les membres dans un état de réso-

([1]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 496.
([2]) Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 133, p. 25.

lution. Respiration très laborieuse, et mort sept heures après l'attaque. — Arachnoïde sèche. Légère infiltration sanguine sous cette membrane, dans la région temporale droite s'étendant vers la base et sur le cervelet. Deux onces de sérosité sanguinolente dans les ventricules, qui communiquent librement entre eux. Corps strié et couche optique droits sains; mais dans le centre de la couche optique gauche, caillot de sang de couleur rougeâtre (brique) à l'extérieur et noire au centre, de la grosseur d'une noisette, entouré de matière cérébrale molle et jaune-fauve. Artères de la base parsemées de nombreuses plaques d'athérome. Dans le pont de Varole, extravasation de sang considérable, de couleur rouge-noire, liquide et coagulé, ayant désorganisé tout cet organe ([1]).

DCCCXXXII^e Obs. — Femme, soixante-onze ans, constitution grêle, rachitique; dyspnée habituelle. 24 juin, après souper, vomissement; chute, sans parole, sans connaissance, sans mouvement. Insensibilité absolue, résolution égale de tous les membres. Pas de déviation de la face. Paupières abaissées; pupilles immobiles, la droite un peu dilatée; lèvre inférieure pendante, mâchoire mobile; respiration difficile, bruyante; pouls petit, faible, d'ailleurs normal. Mort dix-neuf heures après l'invasion de l'attaque. — Vaisseaux cérébraux injectés, substance encéphalique molle. Dans la protubérance, un caillot consistant, du volume d'une noix, contenu dans une cavité à surface rugueuse, irrégulièrement frangée et à parois ramollies, ecchymosées. Couche optique droite creusée d'une cavité frangée, et communiquant par une déchirure avec le ventricule correspondant, qui est rempli de sang fluide. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur ([2]).

Cinquième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies du corps strié, de la couche optique et du mésocéphale.*

DCCCXXXIII^e Obs. — Homme, soixante ans, ancien militaire, excès alcooliques. Le lendemain, vomissement. Le 18, décubitus dorsal, perte complète de l'intelligence, coma; visage décoloré, yeux fermés, immobiles; respiration stertoreuse, bruyante; ailes du nez faisant le soufflet; air expiré d'une odeur fétide; battements du cœur forts; pouls 100. Résolution complète des membres droits, qui ne sont pas entièrement insensibles; rétention des matières fécales et des urines. Mort le même jour, à deux heures. — Injection des vaisseaux de la dure-mère; infiltration séreuse sous-arachnoïdienne;

([1]) H. Bennett, *Clinical Lectures on the principles of Medicine*, 1859, p. 393.
([2]) Cazes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, nº 3, p. 25.

une circonvolution cérébrale est érodée vers le sinciput; sérosité sanguinolente à la base du crâne, artères de la base du cerveau rugueuses, parsemées de concrétions osseuses. Substances corticale et médullaire d'une teinte rosée. Ventricules contenant une sérosité sanguinolente assez abondante. Les couche optique et corps strié gauches forment une cavité qui contient du sang noir et liquide de la capacité d'une petite noix, et en communication par un canal qui suit l'épaisseur du pédoncule antérieur ou cérébral gauche, avec un deuxième foyer triple en capacité logé dans la protubérance. Le sang de ce deuxième foyer est moins liquide. Il a détruit en un point la paroi du ventricule du cervelet, et il s'est épanché en petite quantité dans cette cavité. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur (1).

DCCCXXXIVe Obs. — Imprimeur, soixante-cinq ans, robuste, lymphatico-sanguin; paralysé du côté droit depuis longtemps, mais se portant assez bien. 18 juin, quatre heures et demie du soir, perte subite de connaissance et chute. Respiration régulière, peu accélérée, profonde, très bruyante, stertoreuse; bouche à demi-ouverte; joue droite flasque, se laissant distendre par l'air expiré; matières spumeuses, blanchâtres et alimentaires rejetées en même temps au dehors; commissure gauche entraînée en dehors et en bas. Paupières ouvertes; yeux fixes, immobiles; pupilles dilatées, surtout la droite. Insensibilité absolue, ouïe et parole nulles. Roideur tétanique continue du bras gauche augmentant par accès convulsifs, et alors se montrant aussi au bras droit, lequel est, hors ce temps, en résolution complète. Dans ces accès, les avant-bras sont légèrement portés dans la rotation en dedans, et entraînés vers la ligne médiane, en même temps qu'ils s'appuient fortement contre le lit. Le cou, à chaque accès, se tend en avant, le menton s'élève, et l'occiput déprime l'oreiller. Les membres inférieurs ne se roidissent que très légèrement. Sueur abondante, peau chaude, rouge, injectée; pouls fort, plein, accéléré, 90 à 95. Les accès diminuent, l'hémiplégie est bien tranchée à droite; pupilles contractées, déglutition impossible; selles abondantes, râle ronflant, occlusion des paupières. Mort à onze heures du soir. — Le sang tiré de la veine n'a point offert de couenne inflammatoire. Ecchymose sous-arachnoïdienne sur le lobe antérieur droit et sur l'hémisphère gauche. Sérosité sanguinolente et quelques caillots dans les ventricules, avec rupture du septum. Large foyer apoplectique récent creusé dans la couche optique et le corps strié gauches, celui-ci s'ouvrant dans le ventricule et à la surface du cerveau. Le foyer se prolonge en arrière dans la partie

(1) Baras, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 179.

supérieure du pédoncule cérébral gauche jusque dans la protubérance annulaire, dont le plan postéro-supérieur, représentant le tiers de son épaisseur, est envahi par du sang noir coagulé, la lame des tubercules quadrijumeaux restant intacte en dehors ([1]).

DCCCXXXV[e] Obs. — Homme, soixante-huit ans, voiturier, face rouge, thorax large, constitution athlétique et apoplectique. Étourdissement, intellect affaibli, parole difficile, mouvements lents. Pas de céphalalgie. Après quinze jours, en juin, la nuit, ronflement, sensibilité nulle dans le bras droit, obtuse dans le membre inférieur droit et dans tout le côté gauche. Intelligence abolie. Membres roides et tendus. Tête portée convulsivement en arrière; flexion des membres possible, mais très bornée. Bientôt, résolution complète des membres; seulement, contraction des muscles de la nuque et des droits abdominaux. Mouvements convulsifs des membres. Face rouge, yeux fermés, sans expression; pupilles dilatées, immobiles; narines affaissées; les deux commissures des lèvres tirées en bas; joues soulevées par l'expiration (fume la pipe). Stertor, pouls 80. Mort le même jour. — Cerveau assez mou; circonvolutions droites presque effacées, surtout en devant. Anfractuosités peu marquées. Ventricule contenant une grande quantité de caillots et de sérosité sanguinolente. A gauche, couche optique ramollie au centre et en partie déchirée. Surface du ventricule ramollie, comme triturée. Ventricule droit plus distendu, plus désorganisé; l'hémisphère en est presque déplissé. Caillots énormes formés d'un mélange de sang et de pulpe cérébrale intimement combinés. Corps strié, couche optique détruits presque en totalité, et ne formant plus qu'une masse rouge, putrilagineuse. Les parois, lavées, présentent un piqueté rouge. A la partie postérieure, au milieu d'une substance jaune et ramollie, kyste de la grosseur d'une petite prune, à parois minces et fauves. Foyer dans la partie latérale droite de la protubérance s'étendant jusqu'au quatrième ventricule. Cervelet sain. Cœur petit. Valvules aortiques en partie ossifiées ([2]).

DCCCXXXVI[e] Obs. — Homme, soixante-treize ans. 22 juillet, à six heures du soir, en mangeant, perte de connaissance et chute; bouche déviée à droite; pupilles très dilatées, immobiles; paralysie générale du sentiment et du mouvement; vomissements; pouls un peu fréquent et dur. Impulsion du cœur forte. Mort à une heure du matin. — Sinus très gorgés de sang. Arachnoïde très sèche. Circonvolutions aplaties. Ventricule droit plein de sérosité rougeâtre, et

([1]) Charcellay-Laplace, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XII, p. 173.
([2]) Parra-d'Andert, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1837, n° 149, p. 13.

contenant, ainsi que le gauche, des caillots de sang paraissant sortir d'une déchirure de la couche optique et du corps strié ramolli. On trouve des caillots dans les troisième et quatrième ventricules. La protubérance est aussi le siége d'une hémorrhagie; elle est détruite à l'intérieur par un ramollissement semblable à celui du corps strié (1).

Sixième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, des corps striés et du mésocéphale.*

DCCCXXXVII° Obs. — Aliénée, soixante-onze ans, chute, perte de connaissance. Décubitus dorsal, immobilité, respiration stertoreuse, fréquente; insensibilité et paralysie générales. Pupilles dilatées des deux côtés. Pouls irrégulier. — Épanchement de sang dans l'hémisphère droit. Petit foyer dans le corps strié droit. Foyer du volume d'une noix, irrégulier, anfractueux, dans la protubérance annulaire, sur la ligne médiane, s'étendant à droite. Pédoncule cérébelleux droit détruit (2).

DCCCXXXVIII° Obs. — Femme, soixante-quatorze ans, traînant une jambe. 2 juin, à sept heures du matin, perte de connaissance, chute; bras droit absolument inerte, gauche incomplètement paralysé; écume à la bouche. Coma stertoreux bruyant, flaccidité générale. Tête inclinée à droite. Main gauche plus froide que la droite, la première cyanosée, non la seconde. Joue droite plus chaude que la gauche. Coloration vineuse de la face; action réflexe des membres inférieurs, plus énergique à gauche; parfois mouvements spontanés des membres, et même des quatre membres à la fois, et comme une sorte de tétanos léger et momentané. Soupirs profonds, 30 inspirations; pouls 60 à 64; température rectale, 36 2/5. Mort le 2 juin, à onze heures du matin (quatre heures après l'attaque). — Le lendemain, rigidité générale. Encéphale très distendu. Hémisphère gauche réduit à une coque mince, par suite d'un vaste épanchement qui a labouré la substance blanche. Corps strié rouge, dilacéré. Quand on verse de l'eau sur la substance blanche, on voit se dresser une foule de filaments villeux de petit calibre. Même état à droite, mais moins prononcé. A la surface des circonvolutions, pointillé fin et points bruns qui sont de petits anévrysmes. Pédoncule cérébral gauche volumineux, contenant du sang coagulé entouré de substance nerveuse dans un état d'altération. Petit foyer hémorrhagique dans le côté droit de la protubérance. Épanchement sanguin dans

(1) Durand-Fardel, *Gazette médicale*, 1838, p. 278.

(2) Dépéret-Muret, *Bulletin de la Société anatomique*, 1838, p. 42.

l'arachnoïde de la base du cerveau et dans le quatrième ventricule. Cœur à peu près sain, ainsi que les gros vaisseaux. Poumons, rate et reins congestionnés ([1]).

SEPTIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, des couches optiques et du mésocéphale.*

DCCCXXXIX[e] OBS. — Musicien, excès, père mort d'apoplexie. A cinquante-huit ans, première attaque, suivie de faiblesse du côté droit. A cinquante-neuf, deuxième attaque avec paralysie à gauche, tremblement des membres avec prédominence des fléchisseurs. A soixante ans, en septembre, tintements d'oreilles, perte de connaissance, chute; tête inclinée à droite, ainsi que la bouche; yeux clos, stertor, pouls irrégulier, peau chaude; pieds froids, insensibles; sensibilité conservée dans les autres parties; ouïe bonne; réponses tardives, mais justes; assoupissement. Troisième jour, paralysie absolue du bras gauche, œil gauche toujours fermé, bouche déviée à droite et en haut; douleur lancinante dans la région pariétale droite, bâillements; urines difficiles, puis abondantes et involontaires. Huitième jour, amélioration notable, mobilité presque revenue au bras gauche, intellect bien; le soir, réaction fébrile, délire. Neuvième, somnolence, fièvre. Onzième, coma, soubresauts des tendons, éruption analogue à l'urticaire. Douzième, mort. — Vaisseaux cérébraux contenant beaucoup de sang. Cerveau ferme. Un peu de sérosité sanguinolente dans le ventricule droit. Caillot considérable dans la couche optique droite, faisant saillie dans le ventricule. Substance cérébrale environnante saine, mais condensée et rougie. En dehors et au dessous de la corne d'Ammon droite, on trouve une cavité accidentelle, cylindroïde, contenant un peu de sérosité. Parois lisses et lubréfiées, formées par une membrane demi transparente plus ferme qu'une séreuse. Au centre de la couche optique gauche, troisième cavité, petite, lubréfiée par un fluide séreux, tapissée par une membrane mince, diaphane, parcourue par quelques vaisseaux. Protubérance annulaire contenant dans son centre et à droite une quatrième cavité, analogue à la précédente, mais tapissée par une membrane plus ténue et non injectée. Cœur volumineux; anévrysme actif très considérable du ventricule gauche ([2]).

([1]) Bouchard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1866, n° 328, obs. V, p. 73.
([2]) Leroux, *Cours sur les généralités de la Médecine*, t. VIII, p. 156. — Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 447. — Barot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 30, p. 17. — Guillemin, Thèses, 1818, n° 100, p. 11.

HUITIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies des lobes cérébraux, des corps striés, des couches optiques et du mésocéphale.*

DCCCXL^{e} OBS. — Femme, trente ans, mère de quatre enfants. Un mois avant la naissance du deuxième, attaque de convulsions, avec perte de connaissance; faiblesse pendant quelque temps. Un mois après l'accouchement, deuxième attaque convulsive. Une semaine après la délivrance du quatrième enfant, nouvelle attaque, mais plus intense que les précédentes; perte absolue de connaissance. Pendant sa durée et à sa cessation, perte de l'usage des membres d'un côté. Ce symptôme se dissipe en partie. Air égaré, pupilles dilatées et peu mobiles, bouche tirée à droite, parole peu distincte; douleur à la partie supérieure et postérieure de la tête, grande faiblesse, vertiges, vue trouble; pouls 112, petit et serré; constipation opiniâtre. Amélioration, mais les muscles du côté gauche de la face restent paralysés. Le quinzième jour, convulsions, yeux fixes, respiration stertoreuse, perte de connaissance, face vultueuse; membres roides, particulièrement du côté droit; coma et mort douze heures après l'invasion de cette dernière attaque. — Crâne épais et pesant. Vaisseaux des méninges pleins de sang. Dans le lobe moyen droit du cerveau, très près du ventricule, caillot de sang volumineux et d'apparence ancienne, la partie rouge étant séparée de la fibrine; substance cérébrale environnante molle, pulpeuse, déchirée et d'une couleur jaune sombre. Corps strié et partie de la couche optique, également déchirés. Pas de sang dans les ventricules latéraux. Dans le corps strié et la couche optique gauches, près de la surface, un petit caillot et comme une cicatrice de date plus ancienne que les lésions du côté droit. Caillots plus récents : l'un sur le lobe postérieur droit du cerveau, l'autre dans la protubérance annulaire. Artères de la base du cerveau légèrement malades. Ventricule gauche du cœur hypertrophié; valvule mitrale un peu épaissie. Emphysème pulmonaire considérable. Reins petits, granuleux, vésiculeux. Sang noir infiltré sous la muqueuse de l'intestin grêle dans toute son étendue [1].

DCCCXLI^{e} OBS. — Femme, quarante ans, sujette depuis huit ans à des palpitations de cœur et à des étouffements. Deux attaques d'apoplexie à un an d'intervalle; il ne reste qu'une faiblesse de la jambe gauche. 27 décembre, céphalalgie, étourdissements, vomissements, perte subite de connaissance. Le lendemain, le coma

[1] Burrows, *On disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 96.

persiste; respiration stertoreuse, salive écumeuse, yeux entr'ouverts, pupilles immobiles, résolution générale des membres. Sensibilité de la peau obtuse à droite, éteinte à gauche. Peau chaude et sèche, pouls large. Mort environ trente heures après l'invasion de l'attaque. — Toutes les artères cérébrales sont parsemées de concrétions jaunâtres, molles, friables, de rétrécissements et de dilatations, comme des chapelets. Substance cérébrale assez molle. Couche optique droite creusée d'une petite cavité grisâtre, tapissée par une membrane très ténue. Entre cette couche et le corps strié voisin, cavité remplie de sang noirâtre, coagulé, entouré de sérosité, et à parois molles, rugueuses, inégales, d'un gris-rougeâtre. Dans l'hémisphère gauche du cerveau, en dehors du corps strié, corps d'un jaune-rougeâtre non organisé, continu avec la substance cérébrale ramollie. Dans le centre de la protubérance, caillot de sang du volume d'une noix, se prolongeant dans le quatrième ventricule. Substance adjacente du mésocéphale et du cervelet, rouge, floconneuse, très molle. Ventricule gauche du cœur hypertrophié. Aorte épaisse, rugueuse, couverte de plaques jaunes friables, etc. (1).

DCCCXLIIe Obs. — Négociant, quarante-huit ans, bilieux, fort, très actif. Tout à coup, affaiblissement des mouvements de la langue, distorsion de la bouche. Six mois après, nouvelle attaque. Hémiplégie droite, pas de céphalalgie, intellect normal, sensibilité morale excessive, irascibilité; rires et pleurs se succédant; mastication mal faite, la langue n'y aide pas; déglutition difficile. Articulation des sons lente et pénible. Digestions faciles, constipation, sommeil. État stationnaire pendant deux ans; puis inappétence, affaiblissement, vomissement, fièvre. Intelligence parfaite. Tout à coup, perte de connaissance, respiration embarrassée. Mort peu d'heures après. — Méninges épaissies et de couleur brune à la base de l'hémisphère gauche. Quelques veines variqueuses sur la partie moyenne de la convexité. Au dessous des circonvolutions, deux kystes vides à parois peu denses, pisiformes. Un troisième kyste, à parois plus denses, à la partie antérieure du même hémisphère, au niveau du corps calleux. Au côté externe du corps strié gauche, de la couche optique et du pédoncule, foyer creusé à leurs dépens, à parois molles, teintes en rouge-amaranthe, ponctuées. Dans l'hémisphère droit, derrière le corps calleux, tissu jaunâtre sans cavité. A la partie externe et inférieure du ventricule, tissu dense jaune-serin, sans cavité. Dans le corps strié, deux kystes pleins de sérosité, à parois jaunâtres; deux dans la couche optique. Protubérance dense, jaunâtre, ayant au centre un foyer hémorrhagique, du volume d'une

(1) Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 345.

aveline, sang non coagulé, et parois inégales, comme déchirées. A sa droite, ancien foyer, à parois très denses et unies par un tissu fibro-celluleux jaunâtre. Trois petits kystes miliaires, encore à parois denses, jaunâtres ; enfin, une varice dans la protubérance. Poumons sains, cœur hypertrophié, vestiges de gastrite ([1]).

DCCCXLIII° Obs. — Homme, soixante ans, robuste, sujet à des accès d'asthme, ancienne hémiplégie droite. Le 21 juin, il joue aux dames, soupe bien et se couche. Pendant le sommeil, violent accès de dyspnée, vomissement, perte de la parole, insensibilité générale. Pas de convulsions. Demi-heure après, résolution complète et générale, insensibilité absolue, coma profond, face congestionnée, respiration bruyante et stertoreuse, vomissements. Mort six heures après l'invasion. — Déviation rachidienne à droite. Sommet du poumon droit présentant une petite caverne desséchée. Poumon gauche en partie emphysémateux et tuberculeux. Cœur normal, mais ventricule gauche un peu hypertrophié. Injection considérable des vaisseaux encéphaliques. Circonvolutions aplaties, tassées, mais de consistance normale, ainsi que le centre ovale et le cervelet. Ventricules latéraux distendus par 180 grammes de sang liquide et coagulé. Cloison transparente et la partie antérieure de la voûte détruites; la partie postérieure de celle-ci et du corps calleux très ramollies. Un caillot se prolonge en arrière, entre la voûte et les tubercules quadrijumeaux, jusqu'au dessus de la paroi supérieure du quatrième ventricule. Grande déchirure et destruction de la couche optique et d'une partie du corps strié droits. Couche optique gauche désorganisée dans sa portion postérieure, et formant un foyer qui communique avec une autre cavité vaste, également hémorrhagique, creusée dans le lobe postérieur du même côté. Mésocéphale très altéré. Les deux tubercules quadrijumeaux antérieurs sont séparés par un caillot du reste de la protubérance, qui contient dans sa partie inférieure deux petits foyers isolés an milieu de la substance nerveuse saine. Dans l'épaisseur de la couche optique gauche, ramollissement jaune-ocre ; petite cavité aplatie au centre. Autour des grands foyers, la substance cérébrale est molle, et laisse flotter, comme un chevelu abondant, des flocons tomenteux plus ou moins longs, rougeâtres, ou noirs ou blanchâtres ([2]).

DCCCXLIV° Obs. — Femme, soixante-trois ans, apoplexie. Mort au bout de six heures. — Énorme foyer qui a détruit les trois quarts de l'hémisphère droit et pénétré par déchirure dans le ventricule

([1]) Cruveilhier, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1825, t. IX, p. 308.

([2]) Prieur, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1844, n° 133, p. 13.

du même côté. A gauche, petit foyer dans la couche optique et le corps strié. Ramollissement de la substance cérébrale. Dans la protubérance annulaire, trois foyers (1).

Neuvième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les méninges, les ventricules, les corps striés, les couches optiques et le mésocéphale.*

DCCCXLVe Obs. — Sous-officier, quarante-neuf ans, tombe malade subitement dans la nuit du 21 au 22 avril 1849 (pendant l'épidémie de choléra). Coma, perte absolue de connaissance. Pas de cyanose. Face contractée, yeux clos, non cavés; pupille droite dilatée, la gauche contractée; la bouche laisse couler la salive. Membres supérieurs dans des états alternatifs de contracture et de résolution. Respiration lente, stertoreuse; pouls 48, très petit; urine extraite par la sonde (un litre) claire et donnant un précipité abondant d'albumine par l'acide nitrique. Mort au milieu du jour. — Dans les fosses cérébelleuses, 100 grammes de sang noir et fluide. Toute la masse cérébrale volumineuse est un peu molle. Sang infiltré à la face supérieure du cervelet, dans la pie-mère. Quatrième ventricule plein de caillots, et foyers apoplectiques dans sa paroi antérieure. Foyers irréguliers isolés ou réunis dans la protubérance un peu ramollie. Dans le ventricule latéral gauche, 30 grammes d'un sang rouge-brun coagulé, plus abondant dans la corne postérieure. Petites ecchymoses dans les parois. Substance cérébrale voisine ramollie. Couche optique et corps strié ramollis. Cloison ramollie et déchirée. Troisième ventricule ramolli et détruit. Ventricule droit rempli d'un caillot gros comme un œuf d'oie, occupant la place de la couche optique et du corps strié, qui sont complètement détruits. Petits foyers dans la substance cérébrale voisine. Dans les poumons, noyau d'un rouge-brun. Ventricule gauche du cœur hypertrophié, dilaté. Valvule mitrale épaisse et presque cartilagineuse. Papules psorentériques dans la muqueuse digestive. Petites taches ecchymotiques sur l'estomac, le duodénum et dans le foie. Rate volumineuse. Reins hyperémiés (2).

Dixième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans le cervelet et dans le mésocéphale.*

DCCCXLVIe Obs. — Homme, bonne constitution et santé parfaite jusqu'à cinquante-quatre ans. Alors, céphalalgie, tristesse. Quinze

(1) Boudet, *Bulletin de la Société anatomique,* 1838, p. 70.
(2) Michel Lévy, *Gazette des Hôpitaux,* 1849, p. 316.

jours après, en avril, vertiges, nausées, vomissement, refroidissement des extrémités, respiration embarrassée; cécité, insensibilité, paralysie des quatre membres, perte de connaissance. Mort cinquante-cinq minutes après l'invasion de l'attaque, durant laquelle les organes génitaux sont restés flasques. — Teinte livide des téguments. Os du crâne très injectés. Le lobe gauche du cervelet, ramolli, teint en jaune, contient un caillot de sang noir, volumineux. Le lobe droit du même organe présente une infiltration sanguine; il est très ramolli. La moitié droite de la protubérance annulaire offre une petite extravasation sanguine lenticulaire. Les troisième et quatrième ventricules, et les ventricules latéraux, sont distendus par du sang en partie liquide, en partie coagulé. Ventricule gauche du cœur épais [1].

ONZIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les méninges, le cervelet et le mésocéphale.*

DCCCXLVII^e Obs. — Femme, trente-cinq ans, lymphatique, non réglée et valétudinaire depuis dix mois. 24 mars, apparition de quelques gouttes de sang menstruel. Céphalalgie de plus en plus vive. 15 avril, vue trouble, pupilles légèrement dilatées; mouvements des membres lents et faibles, nausées, vomissements, constipation; pouls 35-40. 17 avril, étourdissement, accablement, yeux fermés, parfois strabisme; la malade croit voir les objets en mouvement autour d'elle; par moments, respiration suspirieuse; pouls 50, faible, inégal. 19, assoupissement; pouls 62; déviation à droite de la commissure des lèvres; demi-résolution des membres des deux côtés du corps. 20, pommettes d'un rouge-violet, yeux proéminents, pupilles dilatées, peu mobiles; conjonctive injectée, paupière supérieure droite plus abaissée que la gauche. Pouls 79. 21 avril, pouls 160, coma, résolution complète, face bleuâtre, vultueuse; pupilles très dilatées, surtout la droite; respiration entrecoupée. Mort. — Rougeur et injection de la pie-mère, parsemée de granulations, et offrant une plaque opaque et jaunâtre le long du sinus longitudinal supérieur appartenant aux glandes de Pacchioni tuméfiées. Quatre onces de sérosité dans chaque ventricule, plus dans le gauche que dans le droit; tuméfaction et rougeur des plexus choroïdes. Dans la moitié droite de la protubérance et de l'éminence vermiculaire supérieure du cervelet, ramollissement avec infiltration sanguine, d'où une couleur noire violacée, tranchant avec la couleur normale des parties voisines. Pie-mère du voisinage recouverte d'une couche

[1] Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 493.

mince de sang noir concret, et pour ainsi dire combiné avec son tissu parsemé d'un grand nombre de granulations; sorte d'altération qui se trouvait en quantité considérable dans les poumons et dans le péritoine ([1]).

DCCCXLVIIIe Obs. — Fondeur, cinquante ans, beaucoup d'embonpoint, cou court. Le 17 mai, il s'est purgé le matin, et dîne à huit heures du soir; il prend de l'absinthe (dont il abuse), et sort. A neuf heures, il tombe comme foudroyé. Pas de mouvements, pas de tremblement des membres; yeux fermés, fixes; bouche pleine d'écume roussâtre, non sanguinolente, d'odeur alcoolique; respiration bruyante. Mort à onze heures du soir. — Épanchement sanguin abondant sous-arachnoïdien à la base et sur les côtés du cerveau. Piqueté abondant de la substance blanche. Dans les ventricules latéraux seulement un peu de sérosité rougeâtre. Le troisième ventricule contient du sang en partie coagulé. Le quatrième est entièrement occupé par des caillots et du sang liquide, excepté vers l'extrémité bulbaire. La protubérance annulaire, à sa surface inférieure, semble saine; mais elle est remplie de caillots volumineux; sa substance est dilacérée. La lésion a épargné les fibres transversales inférieures et l'étage supérieur. Les noyaux apoplectiques sont plus abondants à gauche; le centre offre une cavité anfractueuse remplie de sang coagulé. Le pédoncule cérébelleux moyen gauche et le lobe correspondant du cervelet contiennent aussi du sang épanché. La lésion a porté sur les deux faisceaux innominés et sur les deux faisceaux pyramidaux. La substance grise du cervelet est couleur lie de vin; le sang est épanché à gauche, entre plusieurs lames, et se continue avec l'infiltration sous-arachnoïdienne. État normal du bulbe et de la moelle, des artères et des autres parties ([2]).

Douzième série. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans la substance corticale du cerveau, du cervelet et dans le mésocéphale.*

DCCCXLIXe Obs. — Homme, soixante ans, perte de connaissance et du mouvement. Insensibilité, puis léger retour du sentiment; efforts inutiles pour parler; quelques mouvements bornés des extrémités. Rétention d'urine. Coma. Mort au bout de trente heures. — Effusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit, par la désorganisation de la substance corticale. Lames du cervelet couvertes et leurs interstices remplis de sang. Protubérance annulaire fortement infil-

([1]) Dance, *Archives*, 1830, t. XXII, p. 42.

([2]) Laboulbène, *Gazette médicale*, 1855, p. 598, et *Mémoires de la Société de Biologie*, 1855, p. 153.

trée de ce fluide, qui est déposé entre les fibres transverses de cet organe. Ossification de l'aorte et des valvules semi-lunaires ([1]).

TREIZIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les lobes cérébraux, le corps strié, le cervelet et le mésocéphale.*

DCCCL[e] OBS. — Homme, soixante-dix-huit ans, ancien émigré, aliéné tranquille. Il y a huit ans, affaiblissement des quatre membres; il y a un an, gêne de la parole, mouvements embarrassés et faibles. Démence. Sensibilité émoussée, déglutition difficile; paralysie presque complète des quatre membres. — Vaste caverne dans l'hémisphère cérébral gauche, avec fausse membrane celluleuse. Cicatrice résistante dans le corps strié gauche. Caverne dans le lobe gauche du cervelet; plusieurs petites cavités dans l'hémisphère droit du cerveau; enfin, cavité dans l'épaisseur de la protubérance annulaire, formant une cicatrice couleur de rouille. Cœur gauche hypertrophié ([2]).

QUATORZIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans une couche optique, le cervelet et le mésocéphale.*

DCCCLI[e] OBS. — Homme, soixante ans, douleurs de tête depuis cinq ans, chute avec perte du sentiment et de la parole. Côté droit paralysé; dans le gauche, convulsions d'abord, ensuite paralysie; pouls 40 à 60; pupilles contractées, respiration difficile. Mort subite. — Il y avait lésion du corps calleux, de la couche optique gauche, du cervelet, de la partie supérieure de la moelle allongée et du quatrième ventricule; mais surtout beaucoup de sang épanché dans la protubérance, vers l'insertion des pédoncules du cervelet ([3]).

QUINZIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans les corps striés, les couches optiques, le cervelet et la protubérance.*

DCCCLII[e] OBS. — Femme, soixante-sept ans. Il y a vingt ans, chute, perte de connaissance, paralysie de tout le corps. Alors, perte de la parole pendant un an; l'intelligence reste obtuse. Il y a un an, apoplexie, hémiplégie droite. Récemment, en janvier, faiblesse, sans paralysie; vue conservée, tendance de la tête à se pencher à gauche. Mort peu de jours après. — Ancien foyer apoplectique dans le corps

([1]) Craigie, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, t. XIX, p. 66.
([2]) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 609.
([3]) Bright, *Reports of medical Cases*, p. 277, case 127.

strié gauche. Petites lacunes dans le droit, dans les deux couches optiques, dans la protubérance cérébrale, et dans le lobe droit du cervelet, cavité hémorrhagique récente, pouvant contenir une petite noix, située au centre du lobe gauche de cet organe, remplie de sang coagulé, un peu décoloré. Artères carotides, basilaire et leurs divisions athéromateuses et rétrécies. Aorte peu altérée ([1]).

SEIZIÈME SÉRIE. — *Coïncidence d'hémorrhagies dans le cerveau et dans le bulbe rachidien.*

DCCCLIIIe OBS. — Homme, cinquante-six ans, intempérant, ayant eu deux attaques l'année précédente, hémiplégie droite avec perte de la parole en novembre. Au bout de quinze jours, rétablissement. Le mois de février suivant, attaque violente d'apoplexie. Mort en trente-six heures. — Caillot du volume d'un œuf de pigeon dans le lobe moyen gauche du cerveau; communication du foyer par une déchirure inégale avec le ventricule, qui contient du sang coagulé et de la sérosité sanguinolente. Derrière la couche optique gauche, deuxième cavité hémorrhagique contenant du sang noir concrété. Derrière la couche optique droite, troisième cavité qui est vide et tapissée par une membrane jaune, solide, mais molle. Quatrième cavité semblable dans la moelle allongée, au dessous du pont de Varole ([2]).

DCCCLIV[e] OBS. — Homme, soixante ans, grand et maigre, irascible; abus des spiritueux et des plaisirs vénériens; syphilis fréquentes, administration irrégulière des mercuriaux. Hémorrhoïdes. A plusieurs reprises, accès épileptiformes. A cinquante-neuf ans et huit mois, pendant l'acte vénérien, attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie gauche. Prononciation embarrassée, stupeur; accès convulsifs, et, au bout d'un mois, délire aigu rapporté à une fièvre cérébrale. Dans le second mois, le délire paraît être celui de l'aliénation mentale; loquacité, persistance de l'hémiplégie gauche avec diminution de la sensibilité de ce côté; la jambe droite paraît aussi affaiblie. Parole embarrassée, intellect de plus en plus obtus. Érysipèle phlegmoneux de la face et du cou, suite d'un seton à la nuque. Mort. — Tout le centre du lobe antérieur droit est occupé par un espace creux prolongé jusque dans le lobe moyen, tapissé par une fausse membrane teinte en jaune et remplie par un liquide épais mêlé de grumeaux et de concrétions fibrineuses. Dans le lobe postérieur droit, une cavité ample, vide, revêtue d'une membrane de

([1]) Vulpian, Thèse de Lanoix. Paris, 1863, n° 69, p. 27.

([2]) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 389.

couleur bistrée et cinq autres petits foyers remplis par une production celluleuse ou par une sorte de gelée pulpeuse mêlée à un reste de sang presque frais. Le corps strié droit présente aussi une cavité étroite, circonscrite par une membrane couleur chocolat. Dans le lobe moyen gauche, près de sa surface, caillot fibrineux, noirâtre, entouré de substance cérébrale ramollie, et près du ventricule, autre foyer hémorrhagique; lobe antérieur gauche creusé par un foyer analogue à celui du côté droit, mais plus restreint et encore rempli de sang coagulé. Moitié gauche du bulbe rachidien creusée par une petite fossette à parois lisses et fermes, pouvant loger un noyau de cerise et contenant un peu de sérosité limpide. Cœur gauche hypertrophié (1).

5e SOUS-DIVISION.

HÉMORRHAGIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE OU HÉMATOMYÉLIES.

DCCCLVe Obs. — Garçon, onze ans, lymphatique, mais non scrofuleux. Gêne des mouvements du cou et de la tête, céphalalgie, paralysie du bras droit, marche facile, langue déviée à gauche, parole un peu embarrassée, intellect intact. Pouls fréquent, joues colorées, douleurs de tête quand il remue. Guersent prescrit divers moyens et de plus trois ventouses à la nuque; celles-ci étaient appliquées depuis un quart d'heure, quand le malade se plaint d'étouffer, et quelques minutes après il était mort. — Roideur cadavérique persistante. Saillie de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre cervicale; axis portée en avant; carie étendue de l'articulation occipito-atloïdienne gauche; carie moindre du côté droit; sommet de l'odontoïde rugueux; ligaments détruits, etc. Beaucoup de sang infiltré autour de l'articulation. Vis à vis l'atlas, la moelle présente, à l'intérieur, un épanchement sanguin du volume d'un pois, dans l'espace de cinq à six lignes; autour, la substance médullaire est ramollie, mais blanche. Bulbe et moelle ayant leur forme ordinaire (2).

DCCCLVIe Obs. — Fille, douze ans, forte, mais lymphatique; caractère apathique, goître. Douleur, engourdissement dans l'épaule et le côté gauche du cou, qui est roide. Trois mois après, 1er juin, exaspération des symptômes, fourmillement et résolution dans tout le côté gauche. Chute sans perte de connaissance. Face injectée et tournée à gauche. Langue non déviée, douleur à la tempe droite;

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. II, p. 585.
(2) Weber, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. IV, p. 20.

mouvements de la tête douloureux. Fièvre. Urines involontaires. Engourdissement du bras droit, puis de la jambe droite; résolution à gauche, intellect sain. Mort le huitième jour. — Engorgement sanguin des sinus et des vaisseaux de la surface du cerveau; cet organe est ferme. Ventricules sains; pie-mère rachidienne un peu injectée. Au dessous des pyramides antérieures, ramollissement jaunâtre et diffluent de toute l'épaisseur de la moelle, de l'étendue d'un pouce et demi. A droite, la moelle est rosée. Dans son centre, elle présente un petit caillot de sang de la grosseur d'un haricot. L'apophyse odontoïde, non retenue par ses ligaments propres (odontoïdiens), qui sont détruits, fait saillie dans le canal vertébral ([1]).

DCCCLVII[e] Obs. — Homme, dix-huit ans; il tombe à l'eau; retiré à moitié mort, il reste sans parole pendant plusieurs heures, se rétablit, mais conserve une grande faiblesse. Accès épileptiques toujours croissants; dans le dernier, sorte d'attaque d'apoplexie. Face pâle, abattement, yeux mobiles; le malade les tourne du côté où on lui parle. Aphonie, respiration difficile, palpitations de cœur avec bruit de souffle, déglutition presque impossible, froid général, extrémités immobiles, pouls serré et fréquent (ventouses à la nuque, sangsues au cou). Possibilité de parler et d'avaler, mais mouvements convulsifs des membres inférieurs; symptômes d'hydropéricarde, imprudence, indigestion. — La nécropsie mentionne, sans autre détail, l'apoplexie rachidienne et l'affection du cœur ([2]).

DCCCLVIII[e] Obs. — Soldat, vingt ans, lymphatico-sanguin. Céphalalgie, vertiges, pouls 112, selles liquides involontaires, langue collante, toux légère, insomnie, épistaxis, surdité, soubresauts des tendons. Dix-septième jour, engourdissement des membres inférieurs, gêne des mouvements volontaires. Vingt-deuxième, contractures, engourdissement des membres supérieurs, rétention d'urine alternant avec l'incontinence; insensibilité, immobilité des membres inférieurs; respiration fréquente, diaphragmatique; intelligence peu altérée, pouls 96, paralysie de plus en plus complète et généralisée. Mort le vingt-septième jour. — Dans la région cervicale de la moelle, à la hauteur de la cinquième vertèbre, dans l'étendue d'un centimètre, épanchement situé au centre de l'organe, ayant la forme d'un noyau rouge, assez dur, du volume d'un gros pois; substance médullaire environnante ramollie, pultacée, d'un

([1]) Payen, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1826, n° 21, p. 19.

([2]) Sachero, professeur de Clinique à Turin, *Repertorio delle Scienze fisico-med. del Piemonte*. (*Gazette médicale*, 1838, t. VI, p. 413.)

brun-noirâtre. La substance grise laisse flotter des bords inégaux et frangés. Injection peu prononcée des méninges voisines (1).

DCCCLIXe Obs. — Homme, vingt-cinq ans, d'abord terrassier, ensuite cordonnier, faible constitution, déviation du rachis depuis quinze ans; il y a un an, douleurs dans le ventre et dans les lombes, fourmillements et douleurs dans les membres inférieurs, constipation, miction normale. 1er mars, pâleur, maigreur. Colonne vertébrale offrant une courbure à convexité dirigée à droite et en arrière, vers le scapulum soulevé. Pas de sensibilité sur ce trajet; pas de contracture, mais affaiblissement marqué des deux membres inférieurs. Quelques secousses brusques dans les jambes. Du 15 mars au 15 avril, augmentation des douleurs, contracture dans les jambes, mouvements spontanés des membres inférieurs impossibles, sensibilité obtuse; dyspnée. Rétention d'urine; urine d'abord bourbeuse et sanguinolente, puis claire; constipation soutenue. Du 16 au 29 avril, jour de la mort, eschares autour du bassin et érysipèle gangréneux, fièvre intense, sueurs abondantes, dyspnée extrême. — La déviation commence aux dernières vertèbres cervicales et finit aux dernières dorsales. Parois rachidiennes d'ailleurs saines. La moelle à l'extérieur ne présente aucune altération, excepté une légère augmentation de volume et une coloration brune au niveau et au dessus de son renflement cervical. Le toucher découvre en cet endroit comme des noyaux plus ou moins solides, qui roulent sous le doigt. A quelques millimètres au dessous de l'entrecroisement des pyramides se trouve une cavité contenant un liquide séreux limpide, et dont les parois molles sont tapissées par une membrane ténue; on y distingue aussi les débris d'une fausse membrane blanche. Immédiatement au dessous de ce kyste, et surtout dans le côté droit de la moelle, se voit une tache rouge en grande partie ecchymotique et mal circonscrite, résultat d'une apoplexie récente. Au dessous, et à un centimètre du kyste, on trouve un caillot bien limité, sur lequel la moelle ramollie est étalée en membrane. Ce caillot, de deux centimètres de long, est noirâtre et consistant. A un centimètre et demi au dessous, il existe un autre caillot moins volumineux, mais de même aspect. Plus bas, la moelle offre une sorte d'infarctus, de mélange avec le sang épanché. Elle est ramollie et brune dans les intervalles de ces épanchements sanguins, surtout dans ses parties centrales. Le ramollissement est blanc au niveau de la plus forte courbure du rachis (2).

(1) Herpain (clinique de Lebeau, Bruxelles), *Archives belges de Médecine militaire*, 1855. (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 660.)

(2) Ferrant (service de M. Marrotte), *Bulletin de la Société anatomique*, 1861, p. 201.

DCCCLXe Obs. — Mouleur toscan, vingt-six ans. Pas d'excès; il a travaillé dans une position verticale et les bras tendus pour placer des ornements. Douleurs sourdes dans la région lombaire, fourmillements dans les membres inférieurs. 30 octobre, réveil par des douleurs violentes dans les lombes, cris aigus, rétention d'urine. Marche impossible. Douleur très vive au niveau des dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires, s'étendant vers l'épigastre; elle n'est augmentée ni par la pression, ni par la percussion. Sensibilité conservée. Pas d'hyperesthésie, mais fourmillement aux membres inférieurs. Pouls dur, 80; respiration et bruits du cœur normaux, appétit. Du 2 au 18 novembre, jour de la mort, douleur rachidienne irradiée le long des côtes gauches. Point d'érection, constipation ou selles involontaires, rétention d'urine, abolition de la sensibilité des membres inférieurs; contractilité électro-musculaire, d'abord à peu près normale, puis presque nulle. Eschare au sacrum. Œdème des jambes, subdelirium, pouls 140, dicrote; sueurs abondantes, hoquet, râle trachéal, etc. — Rigidité cadavérique prononcée, méninges un peu injectées. Moelle de consistance normale jusqu'au niveau de la huitième vertèbre dorsale, ramollie au dessous. Vis à vis la onzième, un caillot noirâtre occupe la substance grise; il a un centimètre de diamètre. Les substances grise et blanche sont confondues en une bouillie grisâtre. Le microscope y découvre des fibres nerveuses larges, des cellules tripolaires avec leurs prolongements, des cellules rondes réfractant la lumière et constituées par la moelle nerveuse, des cristaux rouges d'hématine. Queue de cheval très injectée. Reins volumineux, congestionnés. Muqueuse vésicale d'un bleu ardoisé ([1]).

DCCCLXIe Obs. — Militaire, vingt-six ans, forte constitution, sobre, bien portant. 27 novembre, jeu dit de *saute-mouton;* pas de douleur, et immédiatement après promenade militaire, c'est à dire marche accélérée de trois heures avec le poids de l'équipement. 28, pendant la nuit, il s'est levé pour uriner, besoin auquel il n'a pu satisfaire; il s'est senti faible, et le matin il avait une paralysie complète du mouvement des membres inférieurs. Perte absolue de la sensibilité de l'ombilic aux orteils. Point d'action réflexe. Douleur vive, spontanée, continue, en dehors et à gauche des apophyses épineuses, au niveau de l'angle de l'omoplate. Cette douleur augmente peu par la pression. De ce point s'étend une sensation de constriction dans la circonférence du thorax, sur la limite où la sensibilité reparaît. Respiration costale, ventre ballonné, constipation absolue. Rétention d'urine, cathétérisme. Intelligence nette, pouls régulier, langue un

([1]) Duriau, *Union médicale*, 1859, t. I, p. 308.

peu rosée, léger appétit. Jours suivants, la paralysie semble suivre une marche ascendante. Sentiment de constriction du thorax plus intense, 28 inspirations; expectoration de crachats spumeux, rosés; douleur dorsale parvenant à la nuque, et alors très violente. Cris continuels. Le moindre mouvement de rotation ou de flexion de la tête produit des souffrances intolérables. Nécessité d'une immobilité complète, rigidité tétanique des muscles du cou. Huitième jour, tache noirâtre sur la région sacrée, larges eschares. Aucun indice de sensibilité ni de contractilité électriques, incontinence de l'urine et des matières fécales. Soif inextinguible; pas de glycose dans les urines. Pendant les derniers jours, fourmillements dans les doigts; convulsions cloniques deux ou trois fois par jour, avec sensation de froid et claquement des dents. Sensibilité et motilité intactes dans les membres supérieurs, fièvre. Mort le 9 janvier. — La moelle présente, au sillon collatéral antérieur gauche, une ecchymose irrégulièrement circulaire de quinze millimètres de diamètre, étendue en avant jusqu'au milieu du cordon antérieur, et en arrière jusqu'au sillon collatéral postérieur. Au centre de l'ecchymose aboutissent les filets de la neuvième racine antérieure gauche. Cette tache est vue à travers la transparence de l'arachnoïde. Le toucher donne la sensation d'une tumeur piriforme, résistante, au milieu d'un tissu très mou. Cette tumeur occupe en épaisseur la moitié externe du cordon antérieur et presque tout le cordon latéral, comprenant la corne antérieure de la substance grise. Son point interne le plus saillant est à deux millimètres de la commissure blanche. Sa coloration est d'un brun-marron, granité de petits points noirâtres. Sa consistance est presque cellulo-fibreuse; et si on cherche à l'isoler des fibres nerveuses environnantes, il se forme à sa surface des granulations qui lui donnent l'aspect d'un lobule glandulaire. Toute la moelle est très molle, aplatie, et forme une simple coque de substance blanche, remplie d'une bouillie jaunâtre presque liquide. La substance grise y est fondue. Cette matière jaune s'enlève en passant le doigt, même très légèrement. La tumeur circonscrite contenait beaucoup de cristaux d'hématoïdine et de cellules pigmentaires ([1]).

DCCCLXII^e^ Obs. — Femme, vingt-sept ans; depuis neuf mois, douleur dans la région du dos; céphalalgie. 18 février, tout à coup, perte de la parole et hémiplégie complète du sentiment et du mouvement à droite; langue déviée à droite, mobile; évacuations involontaires. Pouls normal. Amélioration. 7 mars, seconde attaque, et mort quatre jours après. — Moelle saine depuis la région cervicale

([1]) Colin, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1861, t. V, p. 215.

jusqu'à sa terminaison. A la région cervicale, injection des vaisseaux; à deux lignes au dessous du bulbe, petit caillot de sang noir de la grosseur d'un pois. Les vaisseaux des interstices des fascicules nerveux de la moitié droite sont engorgés de sang; mais la substance médullaire avait conservé sa couleur et sa consistance. Vaisseaux du cervelet remplis de sang. Au niveau de la partie moyenne de l'hémisphère gauche, trois ou quatre tubercules dans le tissu sous-arachnoïdien; au dessous d'une de ces plaques, existe un épanchement sanguin du volume d'une noix, recouvert par une couche mince de substance grise. Autour de ce foyer, la substance cérébrale était ramollie, et formait une espèce de bouillie de couleur rose, occupant la moitié de l'hémisphère (1).

DCCCLXIII^e Obs. — Femme, de forte constitution, accouchement heureux. Elle sort trois semaines après pour aller à l'église. C'était en mars; il faisait froid. Elle rentre éprouvant du malaise. Engourdissement des pieds remontant jusqu'aux hanches. Le soir, douleurs aux membres supérieurs, impossibilité de mouvoir les jambes. Respiration difficile, face cyanosée. Mort treize heures après la sortie de l'église. — Épanchement de sang dans le canal rachidien, avec désorganisation de la moelle depuis le niveau de la dixième jusqu'à celui de la douzième vertèbre dorsale Les autres organes sains (2).

DCCCLXIV^e Obs. — Serrurier, vingt-neuf ans, forte constitution, sanguin. Le 8 juillet, frissons avec douleur le long du rachis, surtout à la région lombaire et dans les flancs. Le 9 et jours suivants, rétention d'urines. Faiblesse de la jambe droite sans diminution de la sensibilité, qui est à peu près nulle à gauche depuis le mamelon jusqu'aux orteils. Pas de fièvre, pas de trouble intellectuel; urine obtenue par la sonde, claire, limpide. 13, évacuations alvines involontaires. 14 et jours suivants, douleurs vives dans l'hypogastre, dans les flancs et les lombes; urines troubles, sanguinolentes, puis purulentes. Nausées; langue rouge et sèche; pouls plein et fréquent, puis prostration, eschares au sacrum et aux trokanters. Mort le 10 août. — État normal du cerveau; veines rachidiennes gorgées de sang liquide, brunâtre, mêlé de gaz. Le tissu cellulaire, qui remplit en arrière le canal vertébral, est brunâtre. Le sillon médian antérieur de la moelle présente une strie rouge-bleuâtre s'étendant du renflement supérieur à l'extrémité inférieure. Au dessus du renflement inférieur, elle est large et forme comme une bouillie rouge-brun; vis à vis l'origine des derniers nerfs dorsaux du côté droit, la

(1) Saccheo, professeur de l'Université de Sassari (Sardaigne), *Repertorio del Piemonte*. (*Revue médicale*, 1836, t. III, p. 265.)

(2) Eugène Moynier, *Des morts subites chez les femmes enceintes, etc.* Paris, 1858, p. 129.

membrane propre a une couleur violacée, noirâtre; la consistance de la moelle y est diminuée, et la substance grise présente en ce point un épanchement de sang, qui, de la portion droite, où il a commencé, s'est infiltré à gauche. Ce sang, mêlé au détritus de la moelle, forme une bouillie brune à la circonférence, et rouge au centre, plus étendue à droite, où la substance médullaire est presque entièrement détruite, qu'à gauche, où cette substance conserve plus d'épaisseur. Du foyer, le sang fluide s'est épanché dans le cordon gris central droit jusqu'au niveau de la deuxième paire dorsale; c'est de cette infiltration qu'est résultée la strie sanguinolente du sillon médian antérieur. Foyers purulents dans la rate, le foie et les deux reins. Ulcérations dans la vessie [1].

DCCCLXV^e Obs. — Homme, trente ans, bonne santé, fatigues fréquentes au jeu de paume et à la pêche, où les jambes restent longtemps plongées dans l'eau froide. Chute qui occasionne une vive douleur dans la région lombaire. Dix jours après, 11 juillet, émission de l'urine sans conscience et involontaire; cependant, la marche est possible. Rétention d'urine. On sonde. Le lendemain, chute sur le dos, perte de toute motilité et de toute sensibilité des parties situées au dessous du milieu de la région dorsale. Cette paraplégie a duré deux ans et sept mois, malgré de nombreux moyens locaux et généraux employés. Les extrémités inférieures étaient souples; des contractions spasmodiques se manifestèrent. Sensibilité légère à la pression de la sixième vertèbre dorsale; les extrémités supérieures ont conservé le mouvement. Respiration libre. L'épigastre est le siége d'un sentiment de constriction; les membres inférieurs éprouvent des tremblements, des sensations de pincement et des contractions quelquefois très violentes; en même temps une douleur est perçue dans la région dorsale par le chatouillement de la plante des pieds ou par une position incommode. Chaleur notablement plus élevée au cercle supérieur qu'à l'inférieur. Urine involontaire toutes les demi-heures ou toutes les heures, en quantité considérable, ayant une odeur ammoniacale, et laissant déposer une matière muco-purulente. Souvent un peu de priapisme. Matières fécales rendues involontairement, avec beaucoup de gaz. Sur les trokanters, et en d'autres points de larges ulcérations. Appétit bon, esprit tranquille. Envoyé dans son pays natal, il s'en trouva bien quant à la santé générale; mais les symptômes restèrent à peu près les mêmes, sauf quelques légers mouvements que les gros orteils purent exécuter. De retour en ville, en octobre, la santé déclina.

[1] (Service de Breschet, à l'Hôtel-Dieu.) *La Clinique*, 1829, 31 octobre, p. 153. — *Lancette*, t. IV, p. 131. — Ollivier, *Maladies de la moelle épinière*, 1837, t. II, p. 177.

Mort. — Moelle, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, présentant dans une étendue de deux pouces et dans toute son épaisseur une coloration noire-verdâtre, un pouce au dessus et cinq pouces au dessous. Ramollissement de la moelle, qui est demi-transparente. L'examen microscopique, fait par le Dr Bennett, a montré dans la partie ramollie de nombreux corpuscules composés de granules et beaucoup de vaisseaux, et sous la pie-mère des lignes noires ressemblant à des vaisseaux et consistant en des masses de pigments [1].

DCCCLXVIe Obs. — Élève en médecine, trente-six ans, constitution grêle, tempérament nerveux, sôbre; douleur subite au cou, avec gêne des mouvements des bras et jambe gauches. Guérison au bout de trois mois. Cinq ans après, le 10 décembre, douleur vive au niveau des troisième et quatrième vertèbres cervicales, s'étendant aux extrémités supérieures et inférieures, qui se paralysent. Le cou perd sa mobilité, la tête reste inclinée vers l'épaule droite, et ne peut être dérangée sans douleur. Paralysie du rectum et de la vessie. 1er janvier, douleurs vives et mouvements bornés dans le bras droit; paralysie complète de la sensibilité et de la myotilité du bras gauche et des membres inférieurs. Pression douloureuse, mais pas de tumeur au cou. Respiration normale; pouls régulier, visage calme, chaleur égale, appétit et sommeil bons; excrétion involontaire de l'urine, et des matières fécales quand elles sont liquides. Au milieu de janvier, maigreur, faiblesse, eschares du sacrum, inappétence, insomnie; langue rouge et sèche. 17, vomissement abondant de sang noirâtre. Mort. — Pas de roideur des membres. Au niveau de l'origine des quatrième, cinquième et sixième paires cervicales du côté gauche, tumeur violacée du volume et de la forme d'une amande, plus saillante en avant qu'en arrière. C'est un foyer apopléctique; le sang est à nu sous la pie-mère. Il y a destruction des fibres de la moelle. Les filets des racines antérieures sont désorganisés. La substance grise est remplacée par du sang concret qui occupe toute la longueur de la moelle. Les parois de ce canal morbide ont une couleur jaune serin. Le foyer apoplectique est très compacte et formé d'une trame cellulo-fibreuse très dense, renfermant du sang concret très noir. Les faisceaux postérieurs de la moitié gauche de la moelle étaient, au niveau du foyer, pénétrés de sang, légèrement soulevés, non dissociés ni déchirés; et les racines des nerfs correspondants, colorées par le sang, étaient écartées, mais non altérées dans la continuité. La partie inférieure de la queue de cheval était entourée d'une cellulosité brune-jaunâtre, Méninges rachidiennes contenant de la

[1] Peddie, *Monthly Journal of Medical Science*, may 1847, p. 819. (Trad. par M. de Castelnau, *Union médicale*, t. I, p. 478)

sérosité. La gaîne fibreuse des dernières paires sacrées est noirâtr altérée par le voisinage de l'eschare. Beaucoup de sang noir coagu dans l'estomac et les intestins [1].

DCCCLXVII^e Obs. — Homme, trente-neuf ans. Depuis deux moi douleurs regardées comme rhumatismales. Tout à coup, difficul d'uriner, de marcher; les deux jambes perdent le mouvement, l'une d'elles la sensation. Membres supérieurs non affectés. Urin ammoniacale et contenant du pus. Paraplégie plus prononcée, re piration lente et suspirieuse. Santé générale détériorée, état ment sain. — Extravasation de sang dans les substances grise et blancl du segment postérieur de la moelle épinière, vis à vis la dixièn vertèbre dorsale. Infiltration sanguine vers le centre du côté gaucl de la moelle allongée, à un pouce du pont de Varole. Consistance d la moelle généralement diminuée. Engorgement du poumon. Cœu sain. Reins volumineux, injectés, avec dépôts granuleux [2].

DCCCLXVIII^e Obs. — Matelassier, quarante ans. Depuis un moi il porte de lourds fardeaux sur le dos, d'où fatigue. Mauvaise nou riture, parfois excès alcooliques. 20 mai, douleurs vives et perm nentes entre les épaules. 5 juin, douleurs lancinantes à la part postérieure et médiane du cou, marche libre, pas de dyspné insomnie. Le 7, étourdissements; chute sans perte de connaissanc mais les membres se trouvent paralysés. Pas de selles, urines rer dues par regorgement; nausées; parole brève, saccadée, pénibl voix faible. Respiration difficile, non bruyante; oppression, étouff ment, anxiété. Thorax immobile, seulement un peu soulevé par le sterno-mastoïdiens et les trapèzes. Pupilles resserrées, immobile La respiration est surtout diaphragmatique; intelligence intact sens à l'état normal, langue directe, déglutition facile; pouls ve neux, distingué dans les jugulaires. Membres supérieurs et inf rieurs dans une résolution complète. Sensibilité éteinte ou tr faible aux membres inférieurs, nulle au tronc jusqu'au niveau d mamelons, conservée au dessus aux membres supérieurs et à la têt Rien d'anormal n'est constaté dans l'examen du rachis. La tête pe se mouvoir sur le cou sans douleur ni difficulté, si ce n'est pou opérer la flexion sur la poitrine. La douleur est dans ce cas fixée a cou. Injection des conjonctives, léger œdème des pieds et de main droite, chaleur modérée, égale; pas de sueurs, pas d'érectio ni d'éjaculation. Tendance au sommeil, puis insomnie. (Saigné sang couenneux; moxa, purgatifs). Évacuations involontaires. L

[1] Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 3e livraison, pl. VI, *Maladi de la moelle épinière*.

[2] Ogle, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1853, t. IV, p. 13.

9 juin, pouls 44, puis 92; aphonie. Mort dans la journée. — Commencement d'eschare sur le sacrum, injection des méninges; cerveau peu consistant, normal. Quelques arborisations rouges à la surface des méninges rachidiennes. Ramollissement rouge de la moelle dans la longueur de six pouces, remontant jusqu'au bulbe rachidien. Au centre du ramollissement se trouve un caillot noirâtre demi-fluide, du volume d'une amande, et à la partie supérieure, trois petits caillots noirs, isolés, du volume d'un pois. Le ramollissement est central, n'occupe pas plus la partie antérieure que la partie postérieure de la moelle, dont la substance blanche forme une écorce mince aux tissus altérés. Parmi ceux-ci, on en voit à la partie moyenne du ramollissement, d'apparence granulée, de couleur roussâtre, et assez consistants; d'autres ont un aspect gangréneux. La portion lombaire de la moelle est saine. Cavités du cœur pleines de beaucoup de sang noir et fluide ([1]).

DCCCLXIX^e^ Obs. — Homme, quarante-quatre ans, vivant bien, actif, vigoureux. Le 10 mai, ayant eu beaucoup d'affaires et mangé avec dégoût de la tête de veau et du lard, à peine entré dans son lit, il est pris subitement de spasme de l'estomac, de tremblement. Paraplégie complète du sentiment et du mouvement à partir de la troisième côte, et fort priapisme pendant vingt-quatre heures. Usage parfait des bras, mais douleurs aux poignets. Sentiment d'engourdissement aux mains; urine rare, respiration de plus en plus embarrassée; intellect intact jusqu'à quelques heures avant la mort, arrivée le 14. — Muscles du dos surchargés de sang. Aucun fluide ne s'écoule du canal rachidien. Vaisseaux de la surface de la moelle injectés. Une incision faite le long de la moelle découvre deux petits caillots de sang, du poids chacun d'un gros; ils occupent, dans l'intérieur de la moelle, l'étendue d'un pouce et demi, à l'origine des deuxième et troisième paires dorsales. La substance médullaire était molle et plus ou moins infiltrée de sérosité et de sang au voisinage des caillots ([2]).

DCCCLXX^e^ Obs. — Homme. Membre inférieur droit paralysé du mouvement et conservant sa sensibilité; membre inférieur gauche privé de sentiment, et ayant conservé sa mobilité. — Un caillot sanguin volumineux s'étend dans la substance grise de la moelle, principalement à droite, de sa partie inférieure jusqu'à la région cervicale ([3]).

([1]) Grisolle, *Journal hebdomadaire*, 1836, t. I, p. 71.
([2]) Curling, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1849, t. II, p. 28.
([3]) Monod, *Bulletin de la Société anatomique*. (*Revue médicale*, 1830, t. II, p. 237.)

DCCCLXXIe Obs. — Homme, soixante-un ans, forte constitution, aisance, pas d'excès; depuis six mois, douleur à l'épine. En août, après un voyage en voiture peu commode, vive douleur le long du rachis, avec pesanteur et engourdissement dans les membres inférieurs. Pas de céphalalgie; pouls plein, naturel; évacuations faciles. Tout à coup, impossibilité de remuer les jambes, évacuations involontaires, face altérée, pouls faible, respiration difficile, céphalalgie, néanmoins parole articulée, et mort à l'instant. — Ecchymose générale du cercle inférieur. Un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux. Il s'écoule beaucoup de sang du canal vertébral. Sous la dure-mère rachidienne se trouve une bouillie de sang, depuis le sacrum jusqu'à la deuxième ou troisième vertèbre dorsale. Jusqu'à ce point, la moelle est ramollie et désorganisée; au dessus, on reconnaît sa forme, mais elle est d'un rouge foncé (1).

DCCLXXIIe Obs. — Femme, soixante-deux ans, paraplégie complète, les muscles abdominaux ne sont pas paralysés; incontinence de l'urine et des matières fécales. Mort subite le dixième jour. — Foyer hémorrhagique dans le segment lombaire de l'axe rachidien, avec parois ramollies et imbibées de sérosité. Les éléments du caillot commencent à se dissocier. Le foyer occupe la substance grise, remontant jusqu'aux premières racines du plexus lombaire, et atteignant en bas l'extrémité de la moelle; en outre, hémorrhagies multiples considérables et récentes dans l'encéphale, ayant produit la mort subite (2).

DCCCLXXIIIe Obs.— Homme, soixante-dix ans, robuste, ayant eu, disait-on, des attaques d'apoplexie, avait le tronc courbé en avant, les membres supérieurs peu agiles, les inférieurs faibles et roides, d'où quelque gêne pour la marche, qui exigeait l'aide d'un bâton. Moral borné, prononciation très difficile et lente, bon état des fonctions digestives. Il s'était couché comme à l'ordinaire; on le trouva mort le lendemain à quatre heures. — Avant-bras et doigts fléchis et contractés, jambes étendues et roides. Beaucoup de sang dans les vaisseaux encéphaliques. Cerveau ferme, excepté à la partie postérieure et externe de l'hémisphère gauche. Chaque corps strié présente une petite cavité revêtue d'une membrane cellulo-vasculaire, infiltrée de sérosité citrine. Arachnoïde ventriculaire épaissie, léger ramollissement de la protubérance. A l'ouverture du canal rachidien, beaucoup de sang s'écoule. Veines méningo-rachidiennes engorgées. Sérosité abondante dans l'arachnoïde, qui présentait dans la région

(1) Gaultier de Claubry, *Journal général*, 1808, t. XXXII, p. 129.
(2) Jaccoud, *Paraplégies et ataxie du mouvement*. Paris, 1864, p. 257.

lombaire une multitude de lamelles cartilagineuses d'un blanc-bleuâtre, frangées à leur circonférence; quelques-unes présentaient au centre un petit point osseux, saillant, opaque, à fibres rayonnées. Vaisseaux de la moelle très injectés. Entre l'origine des cinquième et sixième paires cervicales, on trouve un petit épanchement sanguin de la grosseur d'un pois, qui avait détruit la commissure grise; au niveau de la quatrième paire dorsale, un autre épanchement plus considérable avait détruit presque toute la substance médullaire blanche et grise; il a la grosseur d'une noisette, un peu allongée dans le sens de la moelle. Le voisinage de ces épanchements est ramolli et infiltré de sang. Poumons et cœur pleins de sang (1).

Résumé des observations d'hémorrhagies de la moelle épinière.

I. L'hémorrhagie de la moelle épinière est une maladie assez rare, puisque, dans le nombre considérable des exemples de lésions de même nature affectant l'appareil nerveux, elle ne compte que pour le faible chiffre de 19.

II. Les faits d'hématomyélie ont été recueillis chez 15 hommes et 4 femmes.

III.	4 sujets avaient........	de 11 à 20 ans.
	6 — —	de 21 à 30 —
	3 — —	de 36 à 40 —
	1 — —	44 ans.
	3 — —	de 61 à 70 —
	17	

IV. En même temps que les sujets étaient la plupart jeunes, ils avaient une constitution robuste. Quatre seulement sont désignés comme faibles, grêles ou d'un tempérament lymphatique.

V. Des prédispositions ont pu dépendre d'un mauvais état des voies digestives (DCCCLXVIII, DCCCLXIX), de l'abus des spiritueux (DCCCLXVIII).

VI. Une disposition plus spéciale résultait d'une déviation du rachis, d'une lésion grave des articulations des premières

(1) Hutin, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828, t. I, p. 170, — et *Bulletin de la Société anatomique*, 1828, p. 31.

vertèbres, d'une douleur ancienne fixée au cou et entre les épaules (DCCCLV, DCCCLIX, DCCCLXVI).

VII. D'autres individus avaient eu antérieurement des attaques d'apoplexie (DCCCLXII, DCCCLXXIII); l'un d'eux était resté dans un état d'impotence.

VIII. Comme causes occasionnelles, les faits indiquent les circonstances suivantes : Un individu tombe dans l'eau, éprouve des accès d'épilepsie, et c'est dans un de ces accès qu'a lieu l'hématomyélie (DCCCLVII); une femme, après un accouchement heureux, s'expose, au bout de trois semaines, à l'air froid d'une matinée de mars (DCCCLXII); un ouvrier travaille longtemps le tronc redressé, les bras élevés et tendus (DCCCLX); un soldat se fatigue au jeu du saute-mouton, puis fait, pendant trois heures, une promenade militaire (DCCCLXI); un individu porte chaque jour, pendant un mois, des fardeaux très lourds sur le dos (DCCCLXVII).

IX. Les phénomènes prodromiques de l'hémorrhagie de la moelle épinière ont été les suivants : Engourdissement ressenti dans le cou, entre les épaules, aux membres inférieurs; roideur du cou ; sentiment de faiblesse, de fourmillement dans les jambes et les pieds; douleurs sourdes ou vives, comme rhumatismales, éprouvées en divers points du rachis, augmentées par le mouvement, par les secousses de la voiture, etc.

X. L'invasion a été ordinairement subite et sans perte de connaissance; le malade est tombé surpris par une hémiplégie (DCCCLVI), ou par une paraplégie (DCCCLXIX, DCCCLXXI, DCCCLXXII), ou par la paralysie des quatre membres (DCCCLXVIII). D'autres fois, c'est une douleur violente dans le rachis qui annonce l'effusion sanguine (DCCCLX, DCCCLXIV, DCCCLXVI), et dans plusieurs cas, le début a été marqué par une soudaine rétention d'urine ou par une subite incontinence de ce fluide rendu sans conscience et sans la participation de la volonté (DCCCLXI, DCCCLXV, DCCCLXVII).

XI. Dans la majorité des cas, il y a eu intégrité de l'intelligence et absence de phénomènes cérébraux. Toutefois,

je trouve notés trois cas de céphalalgie, un de subdelirium (DCCCLX), deux d'embarras et de difficulté de la parole (DCCCLV, DCCCLXVIII) ; mais, chez un autre malade qui avait eu précédemment une hémorrhagie du lobe moyen gauche du cerveau, on constatait avec l'aphasie une hémiplégie droite (DCCCLXII). Un individu, ayant une forte propension au sommeil, puis de l'insomnie, avait, en outre, les pupilles immobiles et contractées (DCCCLXVIII).

XII. Le symptôme le plus constant de l'hémorrhagie de la moelle épinière est une paralysie plus ou moins étendue; elle peut n'occuper qu'un membre, le bras ou la jambe. Dans trois cas (DCCCLV, DCCCLXIV, DCCCLXX), c'était un membre du côté droit. Quand la paralysie a été bornée au bras (DCCCLV), le malade a pu marcher facilement. Mais c'est un cas presque exceptionnel pour l'hématomyélie. D'autres fois, la paralysie a affecté les membres supérieur et inférieur d'un seul côté (DCCCLVI); une fois, c'était le gauche, et il y avait en même temps déviation de la face vers le même côté (hémiplégie alterne). Le plus souvent, il y a eu paraplégie; on l'a observée chez dix sujets. Dans un cas, la paralysie a remonté jusqu'au niveau de la troisième côte (DCCCLXIX). Chez trois malades, la paralysie s'est étendue aux quatre membres (DCCCLVII, DCCCLXVI, DCCCLXVIII) ; mais, quelquefois, elle était plus prononcée d'un côté.

XIII. Il n'est survenu de phénomènes spasmodiques que chez quatre sujets. C'étaient des mouvements convulsifs, des soubresauts de tendons, des contractures des membres inférieurs, la rigidité du cou (DCCCLVII, DCCCLVIII, DCCCLIX, DCCCLXI).

XIV. La sensibilité a été plus ou moins exaltée dans le rachis; de là, une vive douleur dans les points affectés, augmentant par la pression sur les apophyses épineuses, par le chatouillement de la plante des pieds (DCCCLXV); elle s'élevait, chez un individu, jusqu'à la nuque, et s'irradiait en ceinture et avec sentiment de constriction à la circonférence du thorax (DCCCLXI). La douleur s'est aussi propagée dans les

membres supérieurs (DCCCLXIII). Quelques malades se sont plaints de fourmillements dans les doigts, dans les membres inférieurs (DCCCLX, DCCCLXI), d'engourdissements des mains ou d'un membre. La sensibilité a été plus ou moins obtuse et même abolie dans les parties privées de mouvement (DCCCLVIII, DCCCLIX, DCCCLX, DCCCLXI, DCCCLXV, DCCCLXVIII). Les actions réflexes n'ont pu s'y produire, et l'inertie musculaire n'a pu être vaincue par l'excitation électrique. La perte du mouvement et celle du sentiment n'ont pas toujours marché d'accord. Dans deux cas, le membre inférieur droit était immobile, mais sensible, le gauche étant mobile, mais insensible (DCCCLXIV, DCCCLXX).

XV. La respiration a été difficile, laborieuse (DCCCLVII, DCCCLIX, DCCCLXIII, DCCCLXIX, DCCCLXXI), fréquente (DCCCLVIII, DCCCLXI) ou lente et suspirieuse (DCCCLXVII), seulement diaphragmatique, les parois thoraciques demeurant immobiles (DCCCLVIII, DCCCLXVIII) ; mais, dans quelques cas, les mouvements d'inspiration et d'expiration ont paru se faire d'une manière normale (DCCCLX, DCCCLXV, DCCCLXVI).

XVI. Le pouls a, le plus souvent, été fréquent. Chez un sujet, on a observé des palpitations de cœur (DCCCLVII).

XVII. Il n'y a eu ni dysphagie ni vomissement ; seulement, dans un cas, il est survenu à la fin de la maladie, une hématémèse (DCCCLXVI). Un sujet s'est plaint d'un sentiment de constriction à l'épigastre. Il y a eu constipation et ballonnement du ventre (DCCCLXI), et plus souvent évacuation involontaire des selles liquides.

XVIII. L'excrétion de l'urine a été généralement influencée par l'hémorrhagie spinale. La rétention de ce fluide a été plusieurs fois l'un des premiers symptômes de la maladie (DCCCLVIII, DCCCLIX, DCCCLX, DCCCLXI, DCCCLXIV) ; plus souvent, il y a eu évacuation sans conscience, sans participation de la volonté, par regorgement, incontinence (DCCCLVI, DCCCLXIV, DCCCLV, DCCCLVI, DCCCLVIII, DCCCLXXI, DCCCLXXII). Les urines ont été quelquefois troubles, sanguinolentes, purulentes, ammoniacales (DCCCLXI, DCCCLXIV, DCCCLXV, DCCCLXVII).

XIX. On a observé l'érection du pénis chez deux sujets (DCCCLXV, DCCCLXIX).

XX. Plusieurs fois, même au bout de très peu de jours, la peau qui recouvre le sacrum, les trokanters, s'est intempériée et gangrenée:

XXI. L'apoplexie rachidienne a pu faire périr subitement (DCCCLV, DCCCLXXI, DCCCLXXIII); les autres fois, la mort est survenue au bout de treize heures (DCCCLXIII), de trois (DCCCLXVIII), quatre (DCCCLXII), cinq (DCCCLXIX), huit (DCCCLVIII), dix (DCCCLXXII), vingt (DCCCLX), vingt-trois (DCCCLXIV), vingt-sept (DCCCLVIII), quarante (DCCCLXVI), quarante-deux (DCCCLXI) jours, deux mois (DCCCLIX); enfin, dans un cas très remarquable, la mort n'est survenue qu'au bout de deux ans et sept mois (DCCCLXV).

XXII. L'examen anatomique du rachis a fait reconnaître, dans trois cas, des lésions graves qui avaient sans doute exercé une influence locale sur la production de l'hématomyélie. C'étaient une déviation étendue de la région cervicale aux dernières vertèbres dorsales, une destruction des ligaments odontoïdiens, une carie de l'articulation altoïdo-occipitale, etc. (DCCCLV, DCCCLVI, DCCCLIX).

XXIII. L'hémorrhagie a eu plus souvent son siége dans la partie supérieure que vers l'extrémité inférieure de la moelle. Ainsi, on a rencontré la collection sanguine vis à vis l'atlas, sous le bulbe rachidien (DCCCLV, DCCCLVI, DCCCLXII), au niveau de la troisième vertèbre cervicale (DCCCLVIII), à la partie moyenne (DCCCLXVI) ou à la partie inférieure de la même région (DCCCLXX), au renflement cervical (DCCCLIX); quelquefois, le siége de l'hémorrhagie était dans la région dorsale (DCCCLX, DCCCLXI, DCCCLXIII, DCCCLXV, DCCCLXVII, DCCCLXIX, DCCCLXXI); une fois, il se trouvait dans la région lombaire (DCCCLXXII). Les foyers ont parfois été au nombre de deux ou plus. Alors, un foyer a pu se trouver dans la région cervicale et l'autre dans la région dorsale (DCCCLXXIII).

XXIV. La moelle, dans la région occupée par l'hémorrhagie, paraissait plus volumineuse que dans les autres points. Elle a même formé, en cet endroit, une tumeur plus ou

moins saillante, arrondie, d'une couleur brune, noirâtre ou violacée. C'était une bouillie d'un rouge-brun ou noir, ou un caillot rouge, consistant, du volume d'un pois, d'un haricot, d'une amande. C'est au centre de la moelle que l'hémorrhagie s'était produite, dans la substance grise, ordinairement désorganisée. Des faisceaux nerveux ont aussi été lésés, déchirés. La lésion s'étendait quelquefois plus d'un côté que de l'autre. Les environs du foyer ont été ramollis dans une certaine étendue. Dans un cas d'hématomyélie, dont le commencement remontait à deux mois, le foyer contenait un fluide séreux, et ses parois étaient tapissées par une fausse membrane (DCCCLIX). Dans un autre cas d'origine beaucoup plus ancienne, la moelle, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, était convertie en une substance noire-verdâtre, composée de débris de vaisseaux, de granules et de masses de pigments (DCCCLXV).

XXV. Les méninges rachidiennes ont été plus ou moins injectées. On a vu la queue de cheval enlacée de vaisseaux engorgés. On a trouvé aussi du sang dans la gaîne méningienne.

XXVI. Comme coïncidence voisine, on a rencontré une hémorrhagie multiple et récente dans l'encéphale (DCCCLXXII), et des restes d'anciens foyers dans chaque corps strié (DCCCLXXIII).

XXVII. On a vu, chez deux sujets, les voies urinaires malades, les reins congestionnés, volumineux ; la muqueuse vésicale d'un bleu ardoisé (DCCCLX, DCCCLXVII).

HISTOIRE GÉNÉRALE DES HÉMORRHAGIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

La longue exposition des faits et les nombreux résumés qui précèdent peuvent donner des bases assez solides à l'histoire générale des hémorrhagies des centres nerveux.

Les rapprochements prouvent que si la différence des parties affectées apporte quelques modifications dans les phénomènes et la marche de la maladie, les points de res-

semblance sont très multipliés, et permettent d'étudier dans leur ensemble et dans ce qu'elles ont de commun les diverses hémorrhagies de l'appareil nerveux.

§ I. — Causes des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

1. — *Causes organiques.*

a. — Influence héréditaire. — C'est une opinion généralement reçue parmi les praticiens que l'apoplexie est une maladie héréditaire. Cette opinion s'est établie sur les observations faites dans les familles, sur les renseignements fournis par les parents. C'est la clientèle civile qui a donné l'occasion de les recueillir, et ce sont plus souvent des souvenirs que des documents écrits qui les ont fait connaître. Dans les hôpitaux, les antécédents sont difficiles à obtenir, et ordinairement inconnus. Les malades, quand leur intellect est lésé, comme dans l'apoplexie, ne peuvent en rendre compte. Il faut des circonstances presque exceptionnelles pour arriver à en saisir quelques particularités saillantes. Ainsi s'explique la rareté des cas, parmi ceux que j'ai rapportés, dans lesquels il soit fait mention de l'influence héréditaire. Ces cas (XVII, CCXCIX, CCCLXXXIX, DCCVI, DCCC, DCCCXV, DCCCXXXIX) appartiennent aux localisations méningée, cérébrale, cérébelleuse et mésocéphalique. C'était le père ou le grand-père, la grand'mère, ou quelque autre proche parent qui était mort d'apoplexie. On pourrait rapprocher ici cinq autres cas d'individus atteints d'hémorrhagie encéphalique, chez lesquels existait une propension héréditaire aux vésanies (XCIV, XCVIII, CIII, CXLVII, CCCLV). Cette circonstance ne saurait être indifférente, l'aliénation mentale étant de toutes les maladies antérieures celle dans le cours de laquelle survient le plus souvent l'apoplexie.

Un autre état morbide héréditaire, et qui conduit souvent à l'hémorrhagie, est la pléthore, ou polyémie cérébrale. Portal assure en avoir vu plusieurs exemples [1].

[1] *Observations sur la nature et le traitement de l'Apoplexie*, p. 68.

Lorsque la prédisposition héréditaire est très prononcée, les atteintes de l'apoplexie peuvent être précoces. Un jeune homme de vingt-deux ans, reçu à l'Hôtel-Dieu, offrait les prodromes de cet état. On apprit que l'aïeul paternel, le père et la mère avaient succombé à ce genre d'affection [1].

b. — Sexe. — Les hémorrhagies des centres nerveux sont plus fréquentes chez les individus du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin. Sur 867 cas, dans lesquels le sexe est mentionné, 521 appartiennent au premier et 346 au second. Cette différence se soutient en comparant les grandes divisions. Ainsi, on trouve :

Pour les hémor.	méningiennes...	Hommes..	120	Femmes..	47
—	—	cérébrales......	— ..	269	— ..	213
—	—	cérébelleuses...	— ..	43	— ..	37
—	—	mésocéphaliques.	— ..	74	— ..	45
—	—	rachidiennes....	— ..	15	— ..	4
			Hommes..	521	Femmes..	346

Mais si on entre dans le détail des localisations cérébrales, des résultats très variés se produisent. La supériorité du sexe masculin est très prononcée quant aux hémorrhagies des lobes moyen et postérieur, et des ventricules. Il y a presque égalité des sexes pour celles des corps striés et des couches optiques ; et la prédominence se déclare en faveur du sexe féminin à l'égard des hémorrhagies de la substance corticale et des lobes antérieurs du cerveau. Mais comme ces derniers siéges ne fournissent que peu de faits comparativement aux autres, ils ne peuvent balancer l'apport plus riche des autres sources d'hémorrhagie.

c. — Ages. — La disposition aux hémorrhagies encéphaliques qui dépend de la diversité des âges se détermine par le rapprochement et la comparaison des résultats partiellement obtenus.

Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-contre :

[1] Bourbier, *Sur la prédisposition à l'Apoplexie*. Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 54, p. 15.

	Hémorrhagies des méninges.	Hémorrhagies de la substance corticale.	Hémorrhagies des lobes moyens du cerveau.	Hémorrhagies des lobes postérieurs du cerveau.	Hémorrhagies des lobes antérieurs du cerveau.	Hémorrhagies du corps calleux.	Coïncidences des hémorrhagies des méninges et du cerveau.	Hémorrhagies des corps striés.	Hémorrhagies des couches optiques.	Hémorrhagies des corps striés et couches optiques.	Coïncidences des hémorrhagies des corps striés et couches optiq. avec les autres régions du cerveau.	Hémorrhagies des ventricules cérébraux.	Coïncidences des hémorrhagies des ventricules et des autres parties du cerveau.	Hémorrhagies du cervelet.	Coïncidences des hémorrhagies du cervelet.	Hémorrhagies du mésocéphale et des pédoncules.	Coïncidences des hémorrhagies du mésocéphale et des autres parties.	Hémorrhagies du bulbe rachidien.	Hémorrhagies de la moelle épinière.	
1 jour à 10 ans.....	10	1	1	1	»	»	1	1	2	»	»	4	1	1	1	1	»	»	»	25
11 à 20 ans.......	9	1	5	3	»	»	»	»	»	1	1	2	1	3	1	2	»	»	4	33
21 à 30 ans.......	19	5	7	1	1	1	»	5	2	2	2	1	4	2	»	3	3	»	6	63
31 à 40 ans.......	37	4	12	2	1	»	3	7	3	6	»	4	2	6	»	18	3	»	3	111
41 à 50 ans.......	21	7	17	3	3	»	1	11	6	5	5	6	5	7	2	11	8	»	1	119
51 à 60 ans.......	19	6	18	6	6	»	3	17	5	9	4	12	3	10	5	12	13	»	»	148
61 à 70 ans.......	26	6	29	6	2	»	6	23	11	12	6	9	2	9	8	10	8	2	3	178
71 à 80 ans.......	22	9	24	7	4	»	»	5	8	7	3	5	1	13	4	14	6	»	»	132
81 à 90 ans.......	2	2	3	1	»	»	»	2	1	1	»	»	»	1	»	1	»	»	»	14
au-dessus de 91 ans.	»	»	1*	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
	165	44	147	30	17	1	14	71	38	43	21	43	19	52	21	72	41	2	17	824

* Cet exemple, qui est inscrit sous le n° CCXXXIX, appartient au sexe féminin. Cheyne mentionne aussi, au point de vue de l'âge avancé, une femme âgée de 90 ans. (*On Apoplexy*, p. 151.)

Ce tableau met en relief la différente propension aux divers âges selon le siége occupé par l'effusion sanguine ; il montre, d'autre part, la tendance générale aux hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes variée en raison des principales périodes de la vie. Il suggère quelques autres remarques :

1° Un premier coup d'œil fait reconnaître le progressif et régulier accroissement du nombre des hémorrhagies depuis le premier âge jusqu'à soixante-dix ans, puis un décroissement; mais ce dernier n'est qu'apparent : il résulte de la diminution graduelle de la population fournie par l'âge avancé.

C'est ce qu'a démontré M. Burrows ([1]), en mettant en rapport le nombre des cas d'apoplexie avec le nombre des individus en vie aux divers âges correspondants. Ainsi, 16 cas observés de vingt à trente ans, dans une population de 3,000 personnes, donnent la proportion de 5,3 pour 1,000 individus; 40 cas observés chez des sujets de quarante à cinquante ans, parmi 1,800 individus, donnent celle de 22,2 ; 50 cas recueillis chez des sujets de soixante à soixante-dix ans, dans une population de 1,000 individus, donnent la proportion de 50,0, et le nombre de 30 cas à l'âge de soixante-dix à quatre-vingts ans, pour une population réduite à 500 individus, constitue une proportion de 60,0 par 1,000.

Il devient donc évident que la diminution du nombre des faits après l'âge de soixante-dix ans n'est pas réelle, mais que l'accroissement persiste en même temps que le chiffre des individus de cet âge diminue. On peut donc, en comparant la somme des cas à celle de la population correspondante, constater une augmentation incessante de la tendance à l'hémorrhagie encéphalique depuis l'enfance jusqu'à l'extrême vieillesse.

2° Une différence assez sensible existe entre les hémorrhagies méningées et les hémorrhagies cérébrales quant au

([1]) *On disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 131.

nombre relatif des cas dans la première et dans la seconde moitié de la vie. Avant cinquante ans, nous trouvons que le nombre des hémorrhagies méningées est de 96, et après de 50; au contraire, pour les hémorrhagies cérébrales, le nombre, avant cinquante ans, est de 170, et après de 284. Il en est de même à l'égard du cervelet, dont les cas, avant cinquante ans, sont de 23, et après de 49; et encore relativement au mésocéphale et à ses annexes, dont le chiffre, avant cinquante ans, est de 49, et après ce temps de 64. Les hémorrhagies méningiennes se distinguent donc de toutes les autres, par leur plus grande fréquence, dans la première moitié de la vie.

3° Une remarque importante concerne la première période, celle qui s'étend de la naissance à dix ans. Dans ce laps de temps, les faits ne sont pas uniformément distribués. Il se trouve un court espace, dans lequel ils sont en nombre bien supérieur. C'est le temps qui s'écoule de la naissance à neuf jours.

A cette entrée dans la vie extérieure, parmi les maux très graves qui menacent une existence encore si frêle, se place l'apoplexie des nouveaux-nés. L'hémorrhagie aurait pu s'être produite pendant la vie fœtale, comme l'ont observé Bérard jeune, Ollivier d'Angers [1], Gibb [2], etc. Il ne s'agit pas en ce moment de ces cas congénitaux, qui, d'ailleurs, sont très rares. L'apoplexie des nouveaux-nés est une conséquence assez fréquente des difficultés et des lenteurs de la parturition.

Les faits que j'ai rapportés à ce sujet, seulement au nombre de six (XXVIII, CXV, CXLIX, CDXI, CDLXXXIII, DCXXIII), en donnent une idée, il est vrai insuffisante et qui devra être complétée en s'adressant aux observateurs spécialement adonnés aux maladies de la première enfance. Néanmoins, les faits mentionnés appuient encore assez bien cette donnée, que si le corps strié, la couche optique, les ventri-

[1] Billard, *Maladies des Enfants*, 2e édition. Paris, 1837, p. 667.

[2] *The Lancet*. (*Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 79.)

cules offrent rarement à cet âge des hémorrhagies, les méninges en présentent souvent. 3 des cas cités appartiennent à cette localisation. M. Cruveilhier a également signalé ces hémorrhagies fréquemment méningées, et quelquefois ventriculaires (1). Dugès a vu aussi le sang épanché vers la base du cerveau (2), Sestié, Casalis (3), Thore (4), sur ou dans un hémisphère cérébral.

Deux maladies très dangereuses de la même époque se compliquent souvent d'hémorrhagie encéphalique; ce sont le sclérème aigu et le tétanos. Chez l'un des petits malades dont j'ai rapporté l'histoire, la première de ces affections coexistait (CDXI). Un cas d'hémorrhagie ventriculaire avec ramollissement rouge du cerveau, exposé par Billard, offrait la même coïncidence (5), et Michaelis, dans son excellente dissertation dont les éléments furent recueillis à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, sous les yeux de Breschet, mentionne la fréquence des extravasations sanguines dans le crâne et dans le rachis chez les nouveaux-nés morts de l'endurcissement du tissu cellulaire (6).

Quant au tétanos des nouveaux-nés, il résulte des observations de Finkh (7), de Kennedy (8), de Billard (9), de Thore (10), etc., qu'il coïncide souvent avec l'hémorrhagie des méninges, soit crâniennes, soit rachidiennes. Un des faits que j'ai rapportés montre cette complication (CXLIX).

Le céphalématome peut acquérir une gravité qui ne lui est pas ordinaire, par la présence d'un épanchement sanguin dans le cerveau, comme le prouve une des observations (CDLXXXIII).

(1) *Anatomie pathologique*, 4e livraison, planche I, et 15e livraison, planche I, p. 1, 2, 3.
(2) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, no 64, p. 43.
(3) *Bulletin de la Société anatomique*, 1832, p. 28 et 331.
(4) *Gazette médicale*, 1844, p. 496.
(5) *Maladies des Enfants*, p. 667.
(6) *De induratione telæ cellulosæ*. Kiliæ Holsatorum, 1825, p. 40.
(7) *Uber die starrkrampf, etc.* Stuttgard, 1835. (*Arch. méd. de Strasbourg*, t. III, p. 373.)
(8) *Dublin Journal*. (*Medico-chirurgical Review*, april 1837, p. 480.)
(9) *Maladies des Enfants*, 1837, p. 690.
(10) *Archives*, 1845, 4e série, t. VIII, p. 200.

Une étude plus complète qu'on ne l'avait encore faite, a été publiée récemment par M. Hervieux, sur les hémorrhagies méningées des nouveaux-nés, maladie dont il a constaté la fréquence. Les observations qu'il a recueillies sur ce sujet aux Enfants-Assistés et à la Maternité de Paris s'élèvent au nombre de 47 [1]. Les données obtenues, soit quant aux symptômes, soit au point de vue de l'anatomie pathologique, seront rappelées plus loin.

4° Après la première semaine, les cas d'hémorrhagie encéphalique deviennent fort rares. Je ne rencontre que deux faits relatifs à des enfants âgés de trois mois (CCXV, DCXXIV). Il est étonnant que la première dentition, époque si souvent orageuse et cause fréquente de congestion cérébrale, n'offre pas un plus grand nombre de cas d'hémorrhagie cérébrale.

De la première à la quatrième année, j'en compte sept [2].

D'après Guersent, l'apoplexie est rare dans la seconde enfance. Il disait n'en avoir rencontré que deux cas, et encore pour l'un d'eux des doutes étaient permis, puisque la guérison fut obtenue [3]. J'ai rapporté huit observations d'hémorrhagie encéphalique chez des enfants âgés de six (DCCXIII), sept (CDLXXXVII, DCLXI), huit (CXL), neuf (CCXVIII, DCXXVI, DCXXXVIII) et dix (DCCXCI) ans. J'ai vu un cas d'hémorrhagie rachidienne extra-méningée chez un enfant de huit ans (CLI).

M. Richard Quain a vu chez un garçon âgé de neuf ans, mort en sept heures, une forte hémorrhagie du lobe moyen droit du cerveau [4].

5° Dans l'adolescence et jusqu'à vingt ans, le nombre des cas d'apoplexie augmente. Ce nombre, qui dans ma collec-

(1) *Union médicale*, 1864, t. XXIII, p. 6, 34 et 54.

(2) Un an, CXV, CL; deux ans, XXIX; trois ans, CXVI; quatre ans, CCCLXXV, CDIV, DCXXV.

(3) Constant, *Gazette médicale*, 1834, p. 104. — Borton, *Maladies des Enfants*, 1842, p. 214. — *Gazette des Hôpitaux*, t. IX, p. 65.

(4) *London Journal of Medicine*, 1849, january.

tion est de 33, est presque doublé de vingt-un à trente ans. L'accroissement continue, comme je l'ai dit, jusqu'à l'extrême vieillesse. Dans les hospices de vieillards, c'est l'une des affections les plus communes et les plus redoutables, et dans les Traités des maladies propres à cet âge, le sujet des plus importants chapitres ([1]).

d. — Tempérament, constitution, état du sang. — Les observateurs ont très souvent négligé d'indiquer les conditions générales de l'organisme. Aussi ne peut-on déduire des données exactes que d'un très petit nombre de faits. Mais ceux qui ont été relevés suffisent pour établir que la constitution forte et le tempérament sanguin forment la prédisposition la plus ordinaire. Cette disposition, qu'on appelle *apoplectique*, se complète si la tête est volumineuse, le cou épais et court, le thorax large, le cœur énergique, et si les vaisseaux du cercle supérieur sont développés, comme en témoignent la coloration de la face, la plénitude du pouls, la saillie des artères temporales et des veines jugulaires. Dans cet état de pléthore, les globules rouges du sang abondent; le sérum peut aussi se trouver en quantité exagérée.

Cet ensemble de circonstances favorise considérablement la production de l'hémorrhagie; mais l'effusion sanguine peut s'effectuer dans des conditions qui paraissent opposées, par exemple avec une constitution faible, grêle, délicate, un tempérament lymphatique, une prédominence nerveuse, ou encore après des pertes de sang abondantes ou réitérées (LI, CXXI, CCV, CCXXVIII, CCCLXXXVII, DCVII, DCCLVII, DCCCV). Si ces dernières circonstances sont rares, elles n'en réclament pas moins toute l'attention du praticien, afin de modifier le traitement en conséquence ([2]). Les hémorrhagies

([1]) Durand-Fardel, *Traité des Maladies des Vieillards*. Paris, 1854, p. 175 et 208.

([2]) Marshall Hall, *Practical obs. and suggestions in Medicine*. London, 1845 (half yearly abstract, t. I, p. 8). — Bean, Duchassaing, *Journal de Médecine* de Bean, 1844, p. 355.

qui se produisent dans ces conditions d'altération du sang, d'hydrémie, etc., affectent surtout les méninges, ou se montrent, dans la substance cérébrale, sous la forme d'infiltrations ou de foyers disséminés. Les hémorrhagies encéphaliques qui ont lieu dans les cas d'affection granuleuse des reins et d'albuminurie rentrent dans cette catégorie.

II. — *Causes hygiéniques.*

a. — Influences atmosphériques. — On a depuis longtemps attribué une certaine influence à la diversité des températures, des saisons et des lieux habités.

Une vive chaleur agissant directement sur la tête, par exemple les rayons du soleil (CDV, DCXXXVII, DCLXI, DCLXXVII, DCCXIV), la chaleur d'un poële (XXX), etc., ont déterminé une congestion et une hémorrhagie cérébrales.

Un excès d'électricité dans l'atmosphère peut agir dans le même sens; on a vu l'apoplexie se produire au moment où un orage éclatait (CDLXX, DXCIV, DCXXXII).

D'autres faits attestent l'influence fâcheuse du froid sur la tête (CDXXXVII, DCLXIV, DCCCLXII), surtout s'il succède rapidement à une vive chaleur, comme lorsqu'on sort, par une température fraîche, d'un lieu dans lequel l'air était très échauffé (DCIII, DCIX), ou encore par une immersion subite dans l'eau froide (DV, DXXXLVII).

Peut-être est-ce par ce motif que les apoplexies ont paru plus fréquentes en hiver qu'en été. Cette fréquence est d'ailleurs signalée par beaucoup d'observateurs, par Hippocrate [1], par Aretée [2], par Galien [3]. Une statistique dressée par M. Falret a confirmé cette opinion [4].

J'ai trouvé, dans 439 faits, l'indication du mois où les apo-

(1) Aph. 16, 23, sect. III.
(2) *De causis et signis morb. diut.*, lib. I, cap. VII.
(3) *De locis affectis*, lib. III, cap. VI.
(4) *Revue médicale*, 1829, t. II, p. 510.

plexies se sont produites. Voici les résultats du rapprochement de ces cas :

Janvier	51	Juillet	40
Février	41	Août	24
Mars	33	Septembre	24
Avril	47	Octobre	24
Mai	39	Novembre	36
Juin	40	Décembre	40

Ainsi, les mois d'août, de septembre et d'octobre sont ceux qui en présentent le moins, et les mois de janvier, avril et février ceux qui en présentent le plus. Si l'on partage l'année en deux moitiés, l'une de novembre à avril, et l'autre de mai à octobre, on trouve pour la première le chiffre de 248, et pour la seconde celui de 191. Par conséquent, le semestre d'hiver l'emporte de 57 sur celui d'été. Toutefois, si l'on entrait dans les détails, on verrait que les hémorrhagies méningées font exception; mais la différence n'en deviendrait que plus tranchée à l'égard des hémorrhagies cérébrales.

Il paraîtrait aussi que les habitants des villes dans lesquelles l'air est humide et froid sont très sujets à l'apoplexie. Elle est commune en Hollande, surtout à Amsterdam et à Delft, dit Forest [1], qui l'attribue aussi à l'usage de la grosse bière. Boucher avait noté sa fréquence à Lille, et accuse la même boisson [2]; mais de l'aveu même de cet observateur, il est probable que l'humidité du sol jadis très marécageux, et que les pluies fréquentes et les vicissitudes atmosphériques y ont la principale part. Les apoplexies, ajoute-t-il, se manifestent surtout au dégel [3].

On comprend aussi comment les individus qui vivent et travaillent à l'air extérieur, et qui sont obligés de subir ses influences, sont exposés à cette maladie, comme les militai-

[1] *Observationum et cur. med. et chir.* Rothom., 1653, lib. X, obs. LXX, p. 508.
[2] *Ancien Journal*, t. XLVII, p. 346.
[3] *Ibidem*, p. 260 et 331.

res, les marins, les maçons, les charpentiers, les cochers, les charretiers, les portefaix, etc.; en outre, ces derniers font généralement abus des spiritueux, circonstance aggravante. D'autres passent subitement d'une température à une autre, comme les boulangers, les forgerons, les serruriers, etc.

On a voulu savoir si certaines époques, si certaines séries d'années ne se distinguaient pas par la fréquence des cas d'apoplexie. Or, il résulterait de la statistique de M. Falret qu'à Paris, de 1774 à 1803, c'est à dire en vingt-sept ans, il n'y eut que 399 cas d'apoplexie; de 1804 à 1813, en neuf ans, 979, et de 1814 à 1823, dans un espace de temps pareil, 919. Cependant, dans cette dernière période, Paris avait 200,000 habitants de plus ([1]). Je donne ces résultats comme premiers jalons posés dans cette voie de recherches. Les éléments employés étaient-ils complets et exacts? On peut en douter.

5. — Régime alimentaire et abus des boissons alcooliques. — Si la pléthore et la congestion cérébrales comptent au nombre des causes les plus puissantes de l'apoplexie, on devra convenir qu'un régime habituellement substantiel, fortement réparateur et favorisant une hématose active, doit être l'un des promoteurs les plus efficaces de l'hémorrhagie encéphalique. Ce régime, d'ailleurs, est très propre à stimuler le cœur, dont il accroît l'impulsion sur la masse sanguine.

Le travail de la digestion influe aussi sur le moment où l'irruption hémorrhagique s'effectue. Je vois noté dans beaucoup de cas, que l'attaque avait eu lieu peu de moments après un repas plus ou moins copieux (CXVII, CXXXII, DLXXXIX, DCV, DCXIII, CCCXLIII, DCXX, DCXXXIX, CDLV, DCLIX, DCCXVI, DCCLXXII, DCCLXIX, DCCLXXVIII, DCCCIX, DCCCXXXII).

Quant aux excès de boissons alcooliques, leurs funestes

([1]) *Revue médicale*, 1829, t. II, p. 539.

conséquences sont démontrées par des faits assez nombreux. Ils ont été mentionnés 88 fois; mais ce chiffre est certainement au dessous de la réalité.

Cette influence s'est surtout manifestée à l'égard des hémorrhagies méningées; elle est encore assez marquée relativement aux corps striés et aux couches optiques, au cervelet et au mésocéphale; elle semblerait l'être beaucoup moins à l'égard des lobes cérébraux, etc. Un certain nombre d'individus avaient été atteints de delirium tremens.

L'action puissante et si funeste des spiritueux s'exerce de plusieurs manières. L'impression stimulante des liqueurs alcooliques se réfléchit presque immédiatement de l'estomac sur le cœur et sur l'appareil respiratoire; de là, une projection plus forte du sang vers le cerveau. Ce fluide est lui-même chargé de principes excitants qui imprègnent l'encéphale, troublent les sens, l'intelligence, provoquent le délire, etc., (XXI, CVIII, CXI) ou produisent l'assoupissement et un état semi-apoplectique. Enfin, l'usage répété des spiritueux modifie le travail nutritif général, favorise la formation des produits adipeux, et devient une cause de la dégénérescence athéromateuse des vaisseaux encéphaliques et de l'affaiblissement de leurs parois.

c. — **Mouvements et attitudes.** — Tous les grands mouvements ou plutôt tous les grands efforts qui augmentent l'impulsion reçue par la masse du sang et sa direction vers le cercle supérieur, favorisent l'engorgement cérébral, et disposent aux hémorrhagies intra-crâniennes. Ainsi, on a vu les exercices violents ou trop souvent répétés (CCCIII, CCCV, DCCXXXVI), de brusques mouvements gyratoires (DCCLXVI), une course rapide à cheval (CCCLII, DCXXVIII), des efforts pour porter de trop lourds fardeaux (CLIII, CDXXI, DCXCVI, DCCCLXVII), de longues fatigues (CCCLXXVIII, DCCLXIX, DCCCXI DCCCLXI, DCCCLXV) être suivies d'hémorrhagies encéphaliques. L'attaque a eu lieu quelquefois pendant la défécation (CCXIII, DCCXXVII) ou la miction (DLXXVIII), ou après l'accouchement.

Il est aussi des attitudes presque immobiles dans lesquelles la circulation du sang de la tête au cœur est plus ou moins gênée, et peut disposer aux stases sanguines dans le cerveau. Telle est la position assise avec la tête penchée et inclinée vers les objets auxquels les mains travaillent. C'est probablement à cette position fatigante que les cordonniers, les tailleurs, les couturières, les corsetières, les graveurs, les horlogers, les orfèvres, etc., doivent une certaine disposition à l'apoplexie. On a encore signalé l'attitude des rémouleurs comme très préjudiciable. On a, enfin, indiqué l'obligation pour les mineurs de travailler le tronc fléchi et la tête basse comme une circonstance propre à congestionner l'encéphale.

d. — **Excès vénériens.** — L'influence fâcheuse de ce genre d'excès, en ce qui touche à l'étiologie de l'apoplexie, est prouvée par beaucoup d'exemples recueillis par Henricus ab Heers (1), Portal (2), Montain (3), Muynch (4).

Dans la collection d'observations qui précède, il s'en trouve vingt et quelques où l'on signale l'excitation génitale provoquée avec exagération comme cause présumable de l'apoplexie. Il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que la moitié de ces cas est fournie par des hémorrhagies du cervelet (DCLXVI, DCLXXXIX, DCXCIII, DCXCV, DCXCVII, DCC, DCCII, DCCVII, DCCXV, DCCXXVI); puis viennent les hémorrhagies méningées (XIII, XXXIII, LVI, CXXI, CXLI), celles de la substance corticale (CLXXXVI, CXCII), du lobe moyen (CCCIV), du corps strié (CDXXVIII) et du mésocéphale (DCCCV, DCCCLIV). Quelquefois l'attaque a eu lieu pendant l'acte même. Ces cas ne sont pas très rares (DCCCLIV). J'en connais plusieurs. La mort fut le plus souvent subite ou du moins très rapide. Cet accident, qui a lieu assez fréquemment dans les maisons de prostitution, arrive plus particulièrement aux vieillards.

(1) *Observationes Medicæ*, lib. I, obs. 9 et 18.
(2) *Observations sur l'Apoplexie*, p. 239.
(3) *Traité de l'Apoplexie*, p. 20.
(4) *Annales de la Société de Médecine de Gand*, janvier 1841.

Cette fréquence signalée de l'apoplexie cérébelleuse par ou pendant l'acte vénérien excessif, est-elle réelle, ou la mention, souvent faite de cet ordre de causes à l'occasion du cervelet, ne tiendrait-elle pas à l'idée qu'on a attachée aux fonctions de cet organe? On pourrait le supposer.

e. — **Grossesse, accouchement, état puerpéral.** — Cette phase de la vie de la femme, bien qu'appartenant à l'ordre physiologique, peut devenir l'occasion d'une hémorrhagie encéphalique, surtout par un concours de circonstances, de fatigues physiques ou morales qui parfois l'accompagnent. Ménière a soutenu cette opinion en donnant plusieurs exemples à l'appui, empruntés à Mauriceau, Leloutre, etc., ou recueillis par lui-même ([1]). Il aurait pu s'étayer aussi d'un fait noté par Coquereau ([2]) et des remarques de Portal ([3]). Mais Gérardin et Rochoux ont nié l'influence de la gestation et de la parturition comme circonstance étiologique de l'apoplexie ([4]). Parmi les faits que j'ai rapportés, il en est plusieurs où elle me semble assez bien établie (XXXII, CCXIX, CCXX, CCCXL, CDLI, CDLII, DVI, DVII, DXXXVI, DXLVI, DXLVII, DC, DCXXVIII, DCXL, DCCLXVI, DCCCLXII).

f. — **Travail intellectuel, passions de l'âme.** — Celui qui se livre aux travaux de l'intelligence d'une manière continue, qui en même temps mène une vie sédentaire, mange beaucoup et boit en conséquence, réunit des circonstances très favorables à la production de l'apoplexie. On cite des exemples nombreux d'érudits morts entre trente-cinq et soixante-deux ans, par suite de cette maladie ([5]). Les médecins,

([1]) *Archives*, 1828, t. XVI, p. 489.

([2]) *Mémoires de la Société royale de Médecine de Paris*, t. I, *Histoire*, p. 269.

([3]) *Observations sur la nature et le traitement de l'Apoplexie*, p. 213. Il cite Lamothe, Puzos, Targioni, etc.

([4]) Académie de Médecine, séance du 26 avril 1836. (*Archives*, 2e série, t. XI, p. 110.)

([5]) Joh. Frid. Seiz, *De Apoplexia familiari et fatali eruditorum morbo*. Altdorf, 1714. — Melzner, *De majori frequentia Apoplexiæ in eruditis quam alius sortis hominibus observanda*. Halæ Magdeburgicæ, 1755.

qui cependant joignent au travail intellectuel une vie assez active, y sont assez sujets. Ainsi, Malpighi, Ramazzini, Baglivi, Cabanis, Corvisart, Pinel, Chaussier, Nysten, Dupuytren, etc., en ont été frappés.

Les vives émotions morales peuvent en être l'occasion, même quand elles sont agréables, comme celles qu'éprouvèrent Chilon, témoin de la victoire de son fils aux jeux olympiques; Sophocle, couronné lui-même dans sa vieillesse; Daubenton, nommé sénateur du premier empire, etc. D'après Haller, l'excès de la joie tue en causant une apoplexie [1]. Plus souvent, on accuse et avec raison les émotions pénibles.

Chaussier, compris parmi les professeurs réformés en 1822, eut une attaque d'apoplexie le lendemain de sa destitution; il avait alors, il est vrai, soixante-seize ans [2]; il était dans l'âge où cet accident pouvait arriver sans commotion morale. L'impression n'en fut que plus nuisible.

J'ai vu, il y a quatorze ou quinze ans, un homme dans la force de l'âge, robuste et très bien portant, subitement frappé d'apoplexie par suite d'un grand trouble moral. C'était un colonel de gendarmerie; il était venu à la gare du chemin de fer pour attendre l'Empereur à son passage; il avait compris qu'on se présenterait sans marques officielles. En arrivant, il voit les fonctionnaires déjà rendus en grand costume. Vexé et humilié de son erreur, il remonte à cheval, court au galop changer de vêtements, s'impatiente beaucoup, mais enfin revient à temps pour être présenté. Toutefois le coup était porté, et le soir même, en rentrant, il fut frappé d'une violente attaque d'apoplexie, d'où est résultée une hémiplégie gauche très rebelle, qui, probablement, persistera jusqu'à la mort.

Les faits rapportés donnent des preuves nombreuses de l'influence funeste des grands ébranlements du moral [3],

[1] *Elementa Physiologiæ*, t. V, p. 581.
[2] *Journal universel*, t. LI, p. 124.
[3] CCLXXIII, CCCIV, CCCVII, CCCIX, CDXIV, CDLXXV, DCLIX, DCCCXVI.

d'une vive frayeur (1), d'un violent accès de colère (2). Les contrariétés et les longs chagrins ont une action plus fréquente et plus redoutable encore (3).

En quelques circonstances, l'attention concentrée sur un sujet, l'effort nécessaire pour exprimer sa pensée et la faire bien comprendre, sont devenus causes déterminantes de l'effusion sanguine, et l'apoplexie s'est produite au milieu d'une leçon ou d'un discours (4).

III. — *Antécédents pathologiques.*

a. — **Maladies de l'appareil nerveux.** — Parmi les maladies de cet appareil qui paraissent avoir quelquefois disposé aux hémorrhagies encéphaliques, on peut placer les lésions traumatiques; mais leur action ne paraît avoir eu une certaine efficacité qu'à l'égard des hémorrhagies des méninges, qui comptent pour 12 cas, de la substance corticale 1, et des lobes moyens du cerveau 2. On conçoit que l'action de cet ordre de causes se soit bornée aux parties les plus superficielles de l'encéphale. Ces lésions étaient le plus souvent déjà anciennes : c'étaient des percussions, des chutes, ayant produit des contusions ou même causé des fractures des os du crâne.

L'affection du système nerveux, qui devance le plus souvent l'hémorrhagie encéphalique, est l'aliénation mentale, avec ses divers modes et ses différents degrés.

Souvent le cours des vésanies est entrecoupé d'attaques apoplectiques légères, que l'on regarde comme de simples congestions, mais qui ont réellement produit des épanchements sanguins circonscrits, dont les vestiges se trouvent

(1) CLXXXIV, CDLII, DXXII. — Darwin, *Zoonomie*, t. I, p. 429.

(2) XVIII, XXXIV, CXXV, CCXCVI, CCCXC, CDXV, CDXXXII, DXCIII, DCXVI, DCLXI, DCXCVII, DCC, DCCXVIII, DCCCXII.

(3) XXI, XXV, LIV, LXI, LXIII, LXIV, LXV, XCVIII, CXXI, CXXVII, CLXXX, CXCV, CCIII, CCVIII, CCXXX, CCXXXI, CCXL, CCLVI, CCLXXXI, CCCIV, CCCVI, CCCXLII, CCCXLV, CCCXLVI, CCCLXI, CCCLXXI, CCCLXXVII, CDLVIII, CDLXXVI, CDLXXIX, DX, DXXXIV, DLXIX, DCVI, DCXXXV, DCXLIV, DCCLXXII, DCCXCIII.

(4) CXX, DCVII.

ensuite dans les corps striés, les couches optiques, les lobes cérébraux, etc. (1).

La manie, la monomanie, la démence, etc., existaient chez 91 des sujets dont j'ai reproduit les observations. C'est surtout relativement à l'hémorrhagie des méninges et à celle de la substance corticale du cerveau que cet antécédent pathologique s'est le plus souvent montré, puisqu'on en compte 60, tandis qu'il ne s'en trouve que 31 pour les autres localisations hémorrhagiques. Ce sont aussi des hémorrhagies méningées que l'on rencontre chez les individus atteints de paralysie générale.

Quelquefois l'épilepsie a précédé l'apoplexie (2). Cette connexité existait chez 14 sujets, dont 5 atteints d'hémorrhagie des méninges, 2 de celle de la substance corticale, 3 de celle des lobes cérébraux, 1 de celle du corps strié et de la couche optique, et 3 d'hémorrhagie du mésocéphale.

Des congestions cérébrales se sont fréquemment manifestées chez des individus qui, plus tard, ont été atteints d'hémorrhagie encéphalique.

b. — Maladies de l'appareil circulatoire. — Il y a longtemps qu'on a remarqué l'influence des maladies du cœur sur l'apoplexie. André Du Laurent l'avait signalée (3). Elle a été révoquée en doute par Corvisart (4), contestée par Rochoux (5), par M. Louis (6); mais les pathologistes qui l'admettent sont en majorité. Richeraud émit le premier l'idée qu'un cœur volumineux et énergique pouvait provoquer l'apoplexie (7); Bricheteau insista sur cette possibilité, en

(1) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 134, 147, 157, 196, 227, 249, 265, 272, 275, 292.

(2) Matussière, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. IX, p. 263. — Montègre, *ibidem*, p. 267.

(3) *De controversiis anatomicis*, p. 803. — Bonet, *Sepulchretum*, t. I, p. 81.

(4) *Maladies du cœur*, p. 180.

(5) *Archives*, 2e série, t. XI, p. 107.

(6) *Ibidem*. (Séance de l'Académie de Médecine du 26 avril 1836.)

(7) *Nosographie chirurgicale*, t. III, p. 15.

citant plusieurs faits [1]; M. Andral [2], M. Bouillaud [3] en ont rapporté un assez grand nombre. En Angleterre, cet ordre de causes a été reconnu par Bright [4], par Hope [5], par Clendinning [6], par Burrows [7].

Les observations colligées montrent la fréquence des rapports entre les affections du cœur et les hémorrhagies encéphaliques. Cette coïncidence a été constatée dans 135 cas; c'étaient des hypertrophies du cœur, et spécialement du ventricule gauche; des concrétions fibrineuses dans les cavités de cet organe, surtout dans les droites; l'état adipeux de ses parois; des lésions des valvules mitrales ou semi-lunaires; des maladies de l'origine de l'aorte, dilatations, incrustations calcaires, etc. Je ferai remarquer que ces faits de coïncidence d'affections du cœur avec les divers siéges hémorrhagiques ne se partagent pas en égale proportion.

Ainsi, on en compte :

12	pour les hémorrhagies méningées.
78	pour celles du cerveau.
7	pour celles du cervelet.
16	pour les hémorrhagies mésocéphaliques.
2	pour les hémorrhagies spinales.
115	

Les hémorrhagies méningées, qui se distinguent des autres apoplexies sous plusieurs points de vue, en diffèrent encore par le petit nombre comparatif de cas de coïncidence d'affection du cœur. Les hémorrhagies cérébrales présentent, au contraire, sous ce rapport une série considérable de faits,

[1] *Journal complémentaire*, t. IV, p. 17.

[2] *Clinique médicale*, t. V. (15 cas d'affection du cœur sur 25 d'apoplexie.)

[3] Séance de l'Académie de Médecine du 26 avril 1836. (*Archives*, 2e série, t. XI, p. 107.)

[4] *Reports of med. Cases*, t. II, p. 270 et 327.

[5] *London medical Gazette*, et *Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 471. (27 cas d'affection du cœur pour 39 d'apoplexie.)

[6] *Croonian Lectures. London medical Gazette*, t. XXII. (15 cas d'affection du cœur pour 28 d'apoplexie.)

[7] *Disorders of the cerebral circulation*. London, 1846, p. 105.

en présence desquels il serait difficile de contester une influence quelconque. Celles du mésocéphale sont dans le même cas.

Indépendamment de ces 135 faits et de ceux précédemment cités, j'aurais pu en indiquer quelques autres, comme l'histoire médicale du professeur Cabanis [1], et divers exemples rapportés par Legallois [2], par Lullier [3], par Guillemin [4], par Guilhomet [5], par Ravier [6], par Forget [7], etc.

Cet ensemble considérable de documents me paraît mettre hors de doute l'influence puissante qu'en certaines conditions pathologiques le cœur exerce sur la production de l'apoplexie, soit en ralentissant le cours du sang dans le système veineux cérébral, soit en augmentant l'activité de la circulation artérielle, et en favorisant l'afflux des colonnes sanguines dans les vaisseaux de l'encéphale.

Diverses lésions des principaux vaisseaux de l'encéphale prennent, très probablement, une part considérable à la production des hémorrhagies. Telle est l'opinion d'auteurs très compétents, déjà mentionnée en traitant des maladies des artères [8].

Il est, en effet, probable que les ossifications, les cartilaginifications, l'état athéromateux ne sont pas sans action sur la circulation du sang, sur les stases, les engorgements ou les effusions de ce fluide. Les recherches modernes ont fourni de nombreux exemples de ces lésions coïncidentes. Indépendamment des faits qui se trouvent dans la collection sur laquelle cette histoire des hémorrhagies encéphaliques est fondée, on peut citer les résultats des investigations spé-

(1) Aumont, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1808, n° 103, p. 14.
(2) *Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris*, t. I, p. 69.
(3) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVI, p. 16.
(4) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1818, n° 100.
(5) *Ibidem*, 1818, n° 169.
(6) *Ibidem*, 1821, n° 14.
(7) *Compte-rendu de la Clinique*. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1842, p. 331.)
(8) T. VI, p. 416.

ciales de Barclay ([1]), et d'Eulenburg ([2]), qui démontrent la fréquence des indurations, des dépôts calcaires, des infiltrations adipeuses des parois artérielles dans les cas d'apoplexie sanguine. Ces dégénérescences, affectant les gros vaisseaux de l'encéphale, peuvent n'être qu'une cause indirecte d'hémorrhagie. Il y aura lieu d'examiner plus tard l'influence exercée par les lésions des petits vaisseaux quant à la pathogénie de cette affection.

c. — **Maladies des organes respiratoires.** — Ce n'est pas d'une manière directe que les lésions des organes respiratoires peuvent concourir à la production de l'hémorrhagie. C'est, en général, en enrayant le cours du sang, et surtout son retour vers le cœur. Une gêne extrême de la respiration, une menace d'asphyxie conduisent à la congestion cérébrale et à l'exsudation dans les tissus dont les vaisseaux regorgent de sang. Il n'est pas étonnant que cet accident se produise dans des cas de pneumonie, de bronchite, de phthisie, d'emphysème pulmonaire, alors que la toux, la dyspnée, l'orthopnée sont arrivés à un haut degré d'intensité ([3]).

d. — **Maladies des organes digestifs.** — Le mauvais état des voies digestives a été signalé comme l'une des causes qui disposent aux congestions céphaliques et aux apoplexies.

Schroeder fit soutenir à Gœttingue, en 1767, par Koch, une thèse sur ce sujet. Il montre les individus gros, grands mangeurs, fatigués par les troubles de la digestion, souvent menacés d'affections cérébrales. Il rappelle l'exemple de Malpighi, longtemps sujet aux vomissements et à des éva-

([1]) *Proceedings of the royal Med. and Surg. Society*, 1853. (*American Journal of med. Sciences*, 1853, oct., p. 483.) (7 cas d'altération athéromateuse des artères cérébrales chez 7 sujets morts d'apoplexie.)

([2]) *Wienner med. woch, etc.* (half yearly abstract, 1863, t. XXXVII, p. 55). Sur 42 cas d'apoplexie sanguine, 29 fois les artères cérébrales présentaient des dépôts calcaires ou la dégénérescence athéromateuse.

([3]) Obs. CXV, CXVIII, CXXX, CXXXVI, CXL, CXLIII, CLXXIV, CXCVII, CCXXXVI, CCLXVI, CCLXVII, CCCXXII, DCLXXXI, DCCXLVII, DCCLI, DCCLXVII, DCCXCVIII.

cuations bilieuses, puis à des palpitations, à des affections des reins et de la vessie. Il invoque les rapports qui existent entre l'apoplexie et certaines fièvres graves dont la source se trouve dans des vices des premières voies. Il mentionne enfin les altérations variées qu'ont offertes les organes digestifs chez les individus morts d'apoplexie (1).

Cette thèse fut reprise, il y a quarante et quelques années par les partisans de la doctrine physiologique, et soutenue spécialement par Richond (2). Il s'agissait alors de rapporter à l'estomac la majorité des états morbides dont l'espèce humaine est affligée. Broussais et ses exagérations ont fait leur temps ; mais certains faits qui avaient servi de base à des conclusions trop générales et trop absolues, subsistent ou se reproduisent de temps à autre.

Il est certain que chez beaucoup d'apoplectiques, l'estomac, surexcité par des aliments copieux et stimulants, ou par des boissons alcooliques, a dû souvent réagir sur l'encéphale. L'ouverture cadavérique a montré, chez 36 sujets des observations précédentes, les vaisseaux des voies digestives pleins de sang, ce fluide injecté jusque dans les capillaires, et les parois gastriques ou intestinales rouges, phlogosées et ramollies.

Non seulement l'estomac et les intestins sont plus ou moins hyperémiés, mais aussi les organes voisins, et principalement le foie. On a trouvé parfois cet organe volumineux, gorgé de sang, congestionné (CLXXX, CCXVIII, CCXX, CCCLVI, DLXXIII, DCCCV).

On a aussi rencontré quelquefois un genre de lésion auquel a été attaché plus d'importance qu'il n'en mérite. Je veux parler des calculs contenus dans la vésicule ou engagés dans les canaux biliaires (3). Cette coïncidence a été notée

(1) *De Apoplexiæ ex præcordiorum vitiis origine analecta.* Phil. Georg. Schroeder, *Opuscula.* Norimbergæ, 1779, t. II, p. 338.

(2) *De l'influence de l'estomac sur la production de l'Apoplexie.* Paris, 1824.

(3) P. Borel, cent. III, obs. 22. (Bonet, *Sepulchretum,* t. I, p. 126. — Girdlestone, *London Medical and Physical Journal,* 1818, june. (*Journal universel,* t. XI, p. 94.) — Bobillier (2 obs.), *Journal universel,* t XXXVI, p. 233.

dans cinq des observations rapportées ci-dessus (CCCLIII, CCCLXXXIX, CDXXV, DCV, DCCCV).

Le système veineux abdominal, la veine-porte d'une part avec ses rameaux opposés, et, d'autre part, les vaisseaux hémorrhoïdaux, avec leur pléthore spéciale, ont joué un rôle important dans les théories du siècle dernier, et n'ont pu demeurer étrangers à l'étiologie de l'apoplexie. Cette maladie a été mise au nombre des conséquences de la suppression du flux hémorrhoïdal (1). Plusieurs des faits rapportés ont justifié cette assertion (XVII, CCXX, CCCXLII, DCLXXVII, DCCXCVII).

e. — **Maladies des reins.** — M. Kirkes assure avoir trouvé, dans 22 cas d'apoplexie, les reins malades 14 fois; dans 13 de ces cas, il y avait en même temps affection du cœur, principalement hypertrophie du ventricule gauche, et parfois affaiblissement des parois vasculaires (2). Dans onze cas cités, on a trouvé les reins volumineux ou atrophiés, altérés dans leur texture, granuleux ou remplis de calculs (CL, CCCLXXXIX, DXXXII, DCCVIII, DCCXLIX, DCCLII, DCCCV, DCCCXL, DCCCXLV, DCCCLX, DCCCLXVII). Quelle connexion pouvait se trouver entre ces états morbides et l'apoplexie? La dégénérescence granuleuse de ces organes, l'albuminurie (CCCLXXX), la diathèse urique, qui peuvent susciter divers états morbides, surtout des affections convulsives, participent-elles aussi d'une manière quelconque à la production de l'apoplexie? On n'est pas encore, ce me semble, en mesure de résoudre positivement ces questions.

f. — **Maladies des organes sexuels.** — C'est surtout chez la femme que les lésions de l'appareil génital paraissent disposer aux hémorrhagies encéphaliques. Ainsi, les difficultés et les arrêts de la menstruation ont été notés plus de dix

(1) Schmid, *Diss. inaug. sistens virum Apoplexiæ extinctum ab hæmorrhoïdum inconsulta suppressione*. Altdorf, 1723.

(2) *Medical Times and Gazette*, nov. 24, 1855 (half yearly abstracts, t. XXIII, p. 51.)

fois. D'autres personnes avaient eu des pertes utérines abondantes ou une métrite. Quelquefois, il y avait eu des accès hystériformes. D'autres malades, chez lesquelles l'hémorrhagie avait son siége dans le cervelet, présentaient une hyperémie, une turgescence marquée de l'utérus et des ovaires (DCXCI, DCCIII). Dans cette catégorie d'hémorrhagies, on a aussi remarqué, chez des individus du sexe masculin, un développement marqué des organes génitaux (DCLXXXIX, DCC, DCCV).

g. — Goutte, rhumatisme. — Plusieurs des malades dont les observations précèdent ont eu des affections rhumatismales, d'autres ont été atteints de la goutte.

Beaucoup de goutteux meurent apoplectiques. C'est l'une des conséquences ordinaires de ce qu'on nomme *goutte remontée* ou *rentrée* (1). Cette déviation d'un travail morbide susceptible d'entraîner une fluxion phlegmasique ou hémorrhagique, ne saurait être révoquée en doute.

Dans douze ou quinze cas, l'hémorrhagie cérébrale avait été précédée d'affections rhumatismales. Celles-ci, comme on l'a vu déjà, peuvent produire des congestions cérébrales mortelles; on les verra, plus loin, occasionner des méningites extrêmement graves; elles ont parfois précédé et peut-être préparé l'effusion sanguine.

h. — Intoxication saturnine. — On sait combien est puissante l'action exercée par l'intoxication saturnine sur les centres nerveux. Cette action ne se traduit pas ordinairement par une hémorrhagie, et cependant je rencontre cinq cas dans lesquels une relation de ce genre pourrait être entrevue (CCCLVI, DCCXLIX, DCCLXVII, DCCXCVII, DCCCXIX), et ce qui me frappe, c'est que sur ces cinq cas, quatre se rapportent au mésocéphale. Y aurait-il là quelque chose de spécial ?

(1) Juncken, *Ægrum Apoplexia ex podagræ retrocedente laborantem exhibens*. Giessæ, 1733.

§ II. — Symptômes des hémorrhagies encéphaliques et rachidienn

L'exposition qui va suivre n'a pour objet que de fa connaître les phénomènes tels qu'ils se succèdent dans cours de l'apoplexie. Ce n'est pas le moment d'essayer les rattacher aux lésions des organes. Ce rapport ne pou s'établir qu'après les notions d'anatomie pathologique e l'occasion de la physiologie pathologique et ensuite du d gnostic.

a. — Symptômes précurseurs. — Il n'existe très souv aucun indice de l'accident qui est imminent. Le sujet pa jouir d'une bonne santé, et cependant il suffit d'une émot morale, d'un effort physique, d'un excès quelconque, p déterminer une attaque apoplectique.

Mais assez souvent aussi il existe quelque indice d'u disposition fâcheuse; le plus ordinairement, les sujets portent aucune attention, ou les médecins ne sont consul que comme s'il ne s'agissait que de dérangements légers passagers.

Cependant, il est des circonstances où des prodrom facilement appréciables, pourraient devenir de très uti avertissements. Il en est qui se montrent assez commu ment et qui dénotent un afflux du sang vers l'encépha Ce sont des vertiges, des tintements, des sifflements d reilles, une pesanteur, une douleur vague ou circonscrite la tête, une sorte d'engourdissement intellectuel, un cert embarras de la parole, la lenteur des réponses; quelq fois, il y a une excitation cérébrale, un délire passa (CCCLXXXVIII, CDLXXXVII); on a noté la perte momentanée la mémoire [1] : c'était tantôt l'oubli d'un nom très con tantôt la substitution d'un mot à un autre.

Dans quelques cas, des indices plus particuliers se s

[1] Watson. *Lectures on the principles and practice of Physic*. London, 1848, t. I, p. 4

montrés, comme le prolapsus de l'une des paupières supérieures, une vive douleur dans l'un des yeux (DCCCIV), le trouble de la vue (CCCLXXXIX, CDLXIX, DXVI, DCLXXXII, DCLXXXVII), la perte de l'odorat (CCLXXXV).

On a observé des douleurs névralgiques de la face. Swan en a fait la remarque (1), et Mondiere a insisté sur la valeur de ce phénomène prodromique quand il se produit chez les personnes âgées (2).

Quelques individus ont éprouvé, avant l'attaque d'apoplexie, des douleurs, des engourdissements, des fourmillements dans un ou plusieurs membres, un sentiment de froid dans un côté du corps, ou une sensation étrange dans les pieds empêchant de mettre des souliers (CCCXXVI, CCCXLVIII, DXXXIX, DCCXDVIII).

On a vu les membres inférieurs s'affaiblir et rendre la marche incertaine (CLXXVII, DCLXXXVI, DCCIX, DCCCVII), ou être pris de crampes (CCXIV, CCL, CCLXXXVII, DCXX, DCCLV).

Chez dix sujets, il était survenu de loin en loin des vomissements, et chez quelques-uns, ce phénomène accompagnait des accès intenses de céphalalgie.

b. — Invasion. — Le mode d'invasion le plus ordinaire constitue l'*attaque d'apoplexie*. C'est la suspension subite de l'action de l'encéphale. C'est, à un haut degré, l'analogue du coup de sang. C'est l'ensemble symptomatique qui a fait créer le mot *apoplexie*. Dans cet *ictus apoplecticus,* les sens sont complètement fermés aux impressions extérieures; la sensibilité générale, l'intelligence, la volonté ne donnent aucune sorte de manifestation; le mouvement musculaire est complètement enrayé. Si le malade était debout quand l'apoplexie l'a frappé, il est tombé, et si l'un des côtés du corps a perdu le premier son énergie, c'est de ce côté que la chute a eu lieu. Les sphincters se relâchent, les fluides qu'ils retenaient peuvent être évacués. Le sujet, examiné en ce

(1) *A Treatise on diseases and injuries of the nerves.* London, 1834, p. 46.
(2) *Archives,* 2e série, 1837, t. XV, p. 292.

moment, paraît comme plongé dans un profond sommeil. La face est injectée ou pâle, la respiration plus ou moins embarrassée, le pouls large, plein, lent ou fréquent. La vie de relation semble anéantie; celle de nutrition persiste, mais elle est évidemment troublée.

Cette attaque peut se déclarer à tous les instants; souvent, après le repas; d'autres fois, en se mettant à table; dans quelques cas, durant le sommeil ou bien au réveil; parfois, après un effort ou après une émotion violente.

La perte de connaissance peut ne pas arriver à l'instant même. On a vu des malades sentir l'approche de l'accident, se plaindre, crier, faire quelques pas, monter un escalier, et tomber de suite après (CCCVI, DCL, DCCLXXXIV).

La suspension des facultés intellectuelles et de l'exercice des sens peut n'avoir qu'une très courte durée et ressembler à une simple défaillance. Telle fut celle qu'éprouva Dupuytren (DXLI); mais quand l'attaque d'apoplexie est intense, elle persiste jusqu'à la mort, qui survient bientôt si le cas est foudroyant.

Quand le cas est moins grave, quelquefois le moral et le physique restent dans l'engourdissement, ou bien ils manifestent un réveil incomplet. Le malade peut ouvrir les yeux, donner de légers signes d'intelligence, mouvoir un peu quelque membre, ou même parler, avaler, exécuter des mouvements plus ou moins étendus.

Tels sont les phénomènes ordinaires et la marche de l'attaque apoplectique, dont le caractère principal est la perte de connaissance. Ce type de l'invasion de l'hémorrhagie encéphalique est loin de s'observer constamment. C'est à peine si, dans la moitié des cas rapportés, on l'a constaté. D'autres modes se sont présentés et doivent être indiqués sommairement.

Les malades sentent quelquefois un membre s'engourdir, se paralyser; ils peuvent en tombant prendre des précautions; ils n'ont perdu ni la sensibilité ni l'intelligence. Dans vingt et quelques cas, l'hémiplégie est survenue de cette manière.

Le début de l'hémorrhagie encéphalique peut être marqué par un tout autre appareil de symptômes, par de l'agitation, de l'excitation, du délire. C'est ce qu'on a vu surtout dans les hémorrhagies méningées.

D'autres fois, ce sont des convulsions qui donnent le signal de l'invasion. On peut en citer dix-huit exemples.

Assez souvent, on a remarqué un étourdissement momentané, parfois suivi de l'impossibilité de parler, mais sans perte de connaissance.

Dans quelques cas, c'est une céphalalgie atroce, subite qui a annoncé le commencement de la maladie. Cette douleur arrachait des cris (CCXXI, CCXCVI, DCXXIX, DCLXXXVII, DCCVIII, DCCXCVI, DCCXCVIII).

L'invasion a été assez souvent marquée par des vomissements (20 fois), et dans quelques cas particuliers, par une forte oppression (CDLXXVI, DCLXXX), ou par une dysurie douloureuse (DCCCLXI, DCCCLXVII), ou par des frissons, un tremblement, des vertiges, une extrême prostration des forces, mais encore sans perte subite de connaissance (CXVIII, CXLV, CLXXXIII, CCCXXXIX, CCCLXXVI, CDXXXVI).

Il est facile de juger par cet aperçu combien de fois l'hémorrhagie encéphalique a débuté sans offrir le cachet de l'apoplexie.

Il se peut même que l'exsudation sanguine s'opérant peu à peu, les commencements de la maladie demeurent inaperçus ; l'accroissement est graduel ou n'a lieu que par petites secousses à peine distinctes.

Quel que soit le genre d'invasion de l'hémorrhagie des centres nerveux, cette maladie, étant constituée, s'entoure de symptômes variés dont il est bon d'apprécier la fréquence et la valeur.

e. — **Symptômes étudiés en particulier.** — Une altération grave s'étant produite dans l'état physique des centres nerveux, un trouble quelconque doit se manifester dans les actes auxquels ces centres président. Cependant, il s'est trouvé des

circonstances dans lesquelles, malgré la présence d'une plus ou moins large collection sanguine comprimant l'encéphale, les fonctions de cet organe ont paru n'en éprouver aucune atteinte grave (XXXVIII, CLXXXVIII, CCXLVI); mais une pareille tolérance est rare dans les hémorrhagies de l'appareil nerveux, et le plus souvent des phénomènes très appréciables dénoncent l'altération effectuée. Ces phénomènes sont nombreux et très variés. Ils offrent souvent des contrastes, et paraissent répondre à des lésions d'ordres différents, ou siégeant en des parties d'organisations diverses. Il est donc important de les étudier dans leurs variétés, leurs degrés, leur physionomie propre, leurs associations mutuelles et leurs rapports avec les localisations affectées. Cet examen deviendra l'une des bases du diagnostic.

État mental. — L'intelligence des sujets frappés d'apoplexie peut, après l'attaque, présenter des états variés susceptibles d'être rattachés aux quatre modes suivants. Les facultés intellectuelles sont à peu près revenues à leur point ordinaire, ou elles paraissent comme enrayées (stupeur), ou leur exercice est entièrement suspendu (état comateux), ou enfin il est perverti (délire).

(Intégrité de l'intelligence.) Il n'est pas très rare de voir, après l'attaque d'apoplexie, le malade reprendre ses sens, parler, dire avec assez de netteté ce qu'il vient d'éprouver, et reconnaître que tel ou tel membre a perdu ses facultés motrices ou sensitives. Quand l'invasion de la maladie a eu lieu sans perte de connaissance, le malade peut encore mieux exprimer ce qu'il a ressenti.

Dans environ le neuvième des faits rapportés, l'intellect s'est rétabli ou maintenu.

Sans doute, les facultés mentales ne reprennent pas de suite leur activité ordinaire. Il est certain qu'une attaque d'apoplexie n'est pas un moyen de réveiller ou d'aiguiser le moral humain. Mais il y a lieu de s'étonner qu'après le désordre récemment subi par l'organe où réside le *sensorium commune,* les facultés de ce centre puissent reprendre si

vite leur exercice habituel. Or, il n'est pas une catégorie d'hémorrhagies encéphaliques qui n'ait offert des exemples de cette réintégration plus ou moins complète des facultés de l'intellect.

(Affaiblissement de l'intelligence, stupeur.) Le malade peut n'être pas privé de la faculté de percevoir ni de celle d'exprimer ses sensations, de penser et de vouloir; mais tous ces actes ne s'exécutent qu'avec lenteur, avec difficulté, d'une manière imparfaite; les sens ne s'émeuvent que par des impressions vives ou réitérées; la mémoire est presque perdue; les réponses sont vagues, tardives, incomplètes; le malade semble être dans un état de stupeur et d'incapacité morale, bien qu'éveillé et plus ou moins sensible. Cet état a été constaté dans les hémorrhagies des méninges et de la substance corticale, dans celles des divers lobes, et assez fréquemment dans celles du cervelet et du mésocéphale.

(État comateux.) La somnolence, l'assoupissement, le coma, sont les degrés d'une suspension plus ou moins complète des actes intellectuels. Ces états se montrent surtout au commencement et à la fin de la maladie. Au commencement, c'est la prolongation de l'attaque, qui peut durer plusieurs heures ou plusieurs jours. A la fin, c'est l'indice d'une aggravation, d'une situation de plus en plus fâcheuse, et d'une terminaison promptement funeste.

De plus, le coma peut se manifester dans le cours de la maladie et en être l'un des phénomènes dominants. Le malade a les yeux fermés, souvent la bouche entr'ouverte parfois avec saillie de la langue; il ne répond pas; il est immobile et paraît insensible. D'autres fois, l'assoupissement est moins profond; quand on appelle le malade, il soulève légèrement les paupières, mais demeure d'ailleurs inerte. En d'autres occasions, il répond, mais se rendort immédiatement. Ces états s'observent surtout dans les hémorrhagies méningées, celles de la substance corticale, du cervelet et du mésocéphale, plus souvent que dans celles des lobes cérébraux. Ils ont eu lieu dans environ le quart des cas.

(Délire.) Le délire s'est manifesté dans environ 80 cas; il revenait surtout la nuit; il a été généralement calme, léger, sourd, borné à quelques paroles incohérentes; mais il a d'autres fois été loquace, ou même accompagné de vociférations et d'agitation. Toutefois, les cris et l'agitation n'ont pas toujours été les effets d'une perturbation mentale; ils étaient plutôt les indices d'un mal physique et local.

Céphalalgie. — La tête a été le siége assez fréquent d'une souffrance plus ou moins vive dans les prodromes, parfois aussi à l'invasion; elle peut encore être très douloureuse dans le cours de la maladie. Le coma empêche de ressentir la céphalalgie, et le délire de la traduire avec justesse. En outre, elle manque assez souvent, alors même que l'état de l'intellect permettrait de la signaler. Elle n'est mentionnée que dans 111 cas; les lésions cérébrales n'en ont pas été plus spécialement accompagnées. Elle s'est montrée dans les hémorrhagies méningées sous-arachnoïdiennes, dans celles du cervelet et du mésocéphale. Elle correspond assez souvent au siége de la lésion, affectant le côté malade, ou le front, ou l'occiput. Elle s'est étendue d'une tempe à l'autre. Elle peut coïncider avec des vertiges, des étourdissements, de forts battements dans la tête. Elle est gravative et compressive; d'autres fois très vive, et alors le malade pousse des cris en signalant les points les plus douloureux. Elle est continue, persistante, ou elle revient par accès. Elle augmente par les mouvements de la tête, et peut diminuer quand le crâne est soutenu (CCCLXXXVI, CCCLXXXVII, CDXIV, DCCXII, DCCCXVI, DCCCXVIII, etc.).

État des sens. — Quelques organes des sens externes présentent des symptômes assez remarquables. Ce sont surtout les *yeux* qu'on examine avec le plus de soin.

Ils sont souvent fermés, comme je l'ai déjà dit, ou ils sont seulement entr'ouverts, ou une paupière supérieure est relevée et l'autre abaissée (DCCXVI, DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCCXXIV). Celle-ci peut l'être en raison d'une hémiplégie faciale. Mais indépendamment de cette circonstance, une

des paupières peut rester abaissée ou ne se relever qu'avec peine (DCCCXV, DCCCXVII). Il peut y avoir aussi un clignottement des paupières (DCCLXXVI), ou une rotation, ou des secousses couvulsives des globes oculaires, une sorte de nystagmus (CLXXIII, DLXX, DCLIV, DCCXXXIII). Un œil est mobile et l'autre reste fixe, ne pouvant pas, par exemple, se diriger en dehors (DCCXXV); mais cela est rare. Souvent les deux yeux sont fixes. Fréquemment les cornées sont dirigées en haut, cachées par les paupières; elles peuvent être en même temps inclinées d'un côté ou de l'autre (CXV, CLXXVII, CCXL, CCCXXXVIII, CCCLXXI, CCCXCVIII, DCLXXVII, DCCCXV, DCCCXX); cet état des yeux est l'un des phénomènes ordinaires de la période ultime de la maladie.

La direction parallèle des deux yeux vers un côté s'observe parfois avec la rotation de la tête dans le même sens. Cette double déviation a lieu dans certains cas d'hémiplégie. Je reviendrai sur ces phénomènes.

Mais quelquefois le parallélisme des deux axes optiques est détruit, et il y a strabisme convergent ou divergent (16 cas). La diplopie peut en être la conséquence. Elle peut aussi exister sans strabisme (CDV).

La vue a été plusieurs fois trouble, obscure, ou même tout à fait perdue, et je note cette particularité que, dans le nombre de 24 de ces cas, les hémorrhagies du cervelet comptent pour 9.

L'attention s'est très souvent portée sur l'état des *pupilles :* 82 fois elles étaient toutes les deux contractées, 74 fois elles ont été dilatées. En quelques cas, elles étaient alternativement dilatées et resserrées; 13 fois l'une était resserrée et l'autre dilatée; 24 fois elles étaient encore inégales, l'une se trouvant dilatée ou contractée, l'autre normale. Chez beaucoup de malades, les pupilles étaient immobiles, ne se laissant nullement influencer par l'intensité variée de la lumière; et si, en général, elles se resserraient par l'action d'une forte clarté, dans quelques cas rares c'était l'inverse (DCCXXXIII).

L'organe de *l'ouïe* n'a été intéressé que dans un petit nombre de cas d'hémorrhagies des centres nerveux. On en compte à peine onze. L'ouïe était faible ou nulle (CCXVIII, CCCLXIV, CDLXVII, DCLXIV, DCXCVIII, DCCXV, DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLII). Une fois, après avoir été obtuse, elle était devenue très sensible (DXII); deux fois, ce sens, et ceux de la *vue* et de l'*odorat*, avaient perdu leur activité d'un côté seulement (DXXVII, DCXCVI).

Exercice de la parole. — L'hémorrhagie encéphalique porte souvent le trouble dans l'exercice de la parole. Celle-ci peut être : 1° gênée, embarrassée, tout en continuant à se produire; 2° enrayée par l'état d'affaiblissement et d'inertie du moral; 3° empêchée d'une manière plus ou moins complète, bien que l'intellect soit à peu près intact; 4° pervertie par des substitutions de mots les uns aux autres.

a. — Dans la première catégorie se trouvent des cas nombreux de gêne, de difficultés dans la prononciation; mais le malade peut exprimer ses pensées. Il parle lentement, difficilement, péniblement; quelquefois par mots isolés, même par monosyllabes; mais il répond aux questions, et on comprend assez bien ce qu'il veut dire. Cet *embarras de la parole, cette sorte de dysphasie,* a été noté environ 100 fois. Ce n'est le plus souvent qu'un phénomène passager, et auquel on ne saurait attribuer une grande importance.

b. — Dans une autre catégorie de faits, la parole n'est pas seulement gênée dans son émission; elle est arrêtée à sa source. L'état du moral rend raison de ce défaut d'articulation des sons. Le malade paraît n'avoir pas de pensée à exprimer; il est dans la stupeur, dans l'inertie, dans un état presque comateux; il n'a pas d'idées présentes ou n'en a que de confuses. Sa mémoire manque; il ne fait aucun effort pour traduire des actes intellectuels, qui sont suspendus, et une volonté qui n'existe pas. Cette sorte d'absence de la parole, ou d'*aphasie* par arrêt mental, a pu être constatée

chez 37 sujets [1], dont 21 avaient une hémiplégie droite, 9 une hémiplégie gauche, 4 une paralysie des quatre membres. Chez 2, il n'y avait pas de paralysie, mais un état de spasme, et chez un autre, il n'y avait ni paralysie ni spasme.

c. — Le troisième mode de privation de la parole n'est point le résultat d'une lésion intellectuelle. Le malade est éveillé et attentif; il entend et comprend; seulement, il ne peut articuler ni prononcer. Son vocabulaire se borne à quelques sons inintelligibles ou à quelques monosyllabes répétés automatiquement. Il s'aperçoit très bien qu'il est privé de la faculté de s'exprimer; il s'en attriste et pleure, ou s'impatiente et s'agite. Il montre sa langue, parfaitement mobile, et il se livre à de vains efforts pour la rendre docile à sa volonté. Dans son impuissance, il remplace la parole par le geste, par l'expression des yeux et du visage. S'il sait écrire et si sa main droite est libre, il s'empresse d'user de ce moyen de rendre sa pensée. Comme on le voit, ce n'est pas l'intellect qui fait défaut, c'est son agent organique. Cette sorte de privation de la parole constitue l'*aphasie* proprement dite, symptôme réduit alors à ses véritables proportions. Il a été observé chez 38 individus [2], dont 32 étaient atteints de paralysies situées au côté droit du corps; 3 de paralysies situées au côté gauche, 2 de paralysies affectant les deux côtés, et 1 était sans paralysie. Ces 38 cas appartenaient à diverses localisations du cerveau, du cervelet et du mésocéphale. On verra plus loin à quels siéges précis les lésions devaient être rapportées.

d. — Quelques malades atteints d'hémorrhagie des centres nerveux ont présenté un autre genre d'altération de la

(1) CLXXXIV, CXCIV, CCI, CCXIV, CCXVII, CCXXVI, CCXXVII, CCXXXIV, CCL, CCLXXV, CCCI, CCCXI, CCCXIX, CCCXXVIII, CCCLV, CCCLXV, CCCLXXIII, CDIX, CDXVI, CDXX, CDXXVI, CDXLVI, CDLXVII, CDXCV, DXXI, DLXII, DLXXI, DLXXII, DLXXIII, DLXXXI, DLXXXVII, DCLI, DCLIX, DCCXV, DCCXXVI, DCCXCIV, DCCCXLIX, DCCCLI, DCCCLIII.

(2) CLXXXII, CXCIX, CCXLIII, CCLX, CCLXI, CCLXVI, CCLXXXII, CCLXXXV, CCCXXXII, CCCLII, CCCLIV, CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXIV, CCCLXXXVIII, CDXIV, CDXXI, CDXXII, CDXXVII, CDXXIX, CDXXXIV, CDXL, CDLIV, CDXCIX, DXV, DXXVIII, DXXXII, DLXXX, DLXXXVIII, DC, DCIII, DCCXXXVII, DCCXLVI, DCCLXXVII, DCCC, DCCCXXVII, DCCCXXX, DCCCLXII.

parole qu'il est bon de mentionner. Il n'y avait pas privation de la faculté d'articuler des mots, mais emploi irrégulier des mots prononcés, substitution d'un nom à un autre; d'où incohérence, confusion, dont les sujets avaient souvent la conscience. Ce symptôme, dans lequel une parole est dite pour une autre, pourrait s'appeler *hétérophasie*. Les faits rapportés en donnent quelques exemples (CCXLVIII, DLXXV, DCII, DCLVI); parfois, c'était un certain nombre de mots prononcés sans y attacher de sens, mis par hasard les uns après les autres, et formant un tout inintelligible.

Un individu, qui avait été polyglotte, assemblait indistinctement les mots de diverses langues qui n'avaient aucun rapport entre eux; un autre associait des mots disparates, substitués les uns aux autres.

Je rapprocherai de ces faits un cas singulier, dans lequel, à l'aphasie, était jointe l'expression erronée du langage mimique (CDXXXIV). Il est encore à remarquer que cette dernière série de lésions de la parole coïncidait avec l'hémiplégie droite.

J'ai vu, chez une dame âgée de cinquante-cinq ans, l'hétérophasie portée à un degré très avancé sans le moindre trouble intellectuel. Jamais la langue ne prononçait le mot désigné par la pensée; cependant, cette dame faisait sans difficulté, seule avec sa femme de chambre, le voyage de Paris, et se faisait bien comprendre; mais on était obligé de lui dire le mot qu'elle cherchait sans pouvoir le trouver, et qu'elle saisissait dès qu'on était parvenu à le rencontrer; elle en avait parfaitement la conscience.

Symptômes fournis par la motilité musculaire. — Ces symptômes sont de deux ordres : les spasmes et les débilités. Ils méritent, à cause de leur fréquence et de leur variété, une grande attention.

(Convulsions.) Les *convulsions* se manifestent parfois au début de l'apoplexie. J'ai mentionné cette forme de l'attaque. Elles peuvent se produire ou se répéter dans le cours de la maladie; elles surviennent quelquefois à la fin, et sont alors de très fâcheux augure.

Elles se présentent sous des aspects variés, selon leur intensité, leur durée, leur étendue. Elles peuvent avoir toutes les apparences de l'épilepsie; les accès se répètent, à peine séparés par de courts instants de repos; ou ce sont des mouvements isolés, mais violents, et parfois comme une suite de frissonnements spasmodiques.

Les convulsions peuvent être générales; souvent, elles sont unilatérales. Elles peuvent n'affecter qu'une paire de membres, et alors ce sont ordinairement les membres inférieurs. Les mouvements convulsifs peuvent être limités à un membre : c'est alors plus souvent le bras que la jambe, ou ils sont bornés à la face et au cou (CXCIX, DXXI), ou aux yeux (CLIII, DCCLI), ou à la mâchoire inférieure (DCCCXIV), ou à la partie postérieure du tronc (CC), etc.

M. Hirtz neveu, ayant observé un cas intéressant d'hémorrhagie cérébrale avec convulsions, dans lequel l'épanchement avait eu lieu dans les ventricules par suite de la lésion d'une couche optique et du corps strié, a rattaché ce symptôme à la présence du sang dans ces cavités [1]; mais les faits prouvent que les convulsions peuvent se produire dans les hémorrhagies des diverses localisations des centres nerveux. La récapitulation suivante va le démontrer :

Les convulsions et les mouvements convulsifs se sont manifestés dans les hémorrhagies :

Des méninges	37 fois.
De la substance corticale	12 —
Des divers lobes cérébraux	35 —
Des corps striés et des couches optiques.	19 —
Des ventricules	18 —
Du cervelet	13 —
Du mésocéphale	23 —
De la moelle épinière	3 —
	160 fois.

Ainsi, les hémorrhagies des méninges, de la substance corticale du cerveau et du mésocéphale sont, relativement

(1) H. P. Hirtz, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1867, nº 1.

au nombre correspondant des faits, celles qui ont le plus souvent été accompagnées de convulsions.

Les hémorrhagies des corps striés présentent très rarement ce symptôme, qui est plus commun dans celles des couches optiques.

(Divers spasmes cloniques.) Différents mouvements spasmodiques, ne portant pas à proprement parler le caractère des convulsions, mais, s'y rattachant plus ou moins, se sont de temps à autre manifestés chez les sujets atteints d'hémorrhagies encéphaliques. Ici peuvent se placer :

L'agitation spasmodique d'un membre (CCXXXVIII, CCXXXIX, DCXXXII, DCCVII, DCCLX, DCCLXXVII) ;

Les mouvements désordonnés, brusques, automatiques (CCCVII, CDXIII, CDXX, CDXLVII, DXXVIII, DXXXIV, DLXIX, DCLXVI, DCLXVIII, DXC) ;

Les secousses, soubresauts, tressaillements dans quelques parties (CDLXXXV, CDXCV, DIX, DXI, DXXIV, DXXVIII, DCCIX, DCCXII) ;

Les grincements de dents (CXXXI, CCCLXXVII, CCCLXXXIX, CDXIII, CDXV, CDLXXV, CDLXXXVII, CDXCIX, DXXVIII, DCLXVI) ;

Les contorsions involontaires des traits du visage (DCLXVI, DCCLXXXII, DCCC) ;

Les mouvements choréiformes (DCCXCVIII) ;

Les tremblements (CLXXV, CDXLI, DCXCVIII).

(Spasmes toniques.) Les spasmes toniques ont été souvent observés. On a noté :

Le *resserrement soutenu des mâchoires,* parfois avec contraction douloureuse et prolongée d'une partie des muscles de la face (CLXXX, CLXXXV, CCXLIV, DLXIX, DXCV, DCII, DCXXVII, DCXXXIII, DCLXXVII, DCCLI, DCCLXXXVI).

La *roideur du cou,* avec traction permanente de la tête en arrière (CLXVII, CLXVIII, CLXIX, CXCIX, CCCXV, CCCXX, CCCLI, CDIV, CDV, CDXII, DCLIV, DCLXVI, DCLXXXV, DCCLXX, DCCCXXXIV, DCCCXXXV).

La *rigidité tétanique* du cou, prolongée le long du rachis (CLIII, CC, DCXLIII, DCXLIX, DCCCXIV, DCCCLXXXI).

La *contracture des muscles.* Ce symptôme a été beaucoup

plus fréquent que les précédents, et il faut établir de suite une distinction. On voit assez souvent les membres paralysés devenir roides, résister aux changements de forme ou de direction. C'est une coïncidence qui sera rappelée un peu plus loin; mais les membres peuvent offrir une rigidité, une immobilité due à la persistance des contractions musculaires, sans autre lésion antérieure de la myotilité.

Cette contracture primitive est assez fréquente à la suite des hémorrhagies encéphaliques, et surtout dans celles du mésocéphale et des couches optiques, comme le démontrent les chiffres suivants :

Les méninges ont présenté ce symptôme....	9 fois.
La substance corticale..	5 —
Les lobes moyens du cerveau............	7 —
Les lobes antérieurs....................	2 —
Les couches optiques et corps striés.......	20 —
Les ventricules.........................	6 —
Le cervelet.............................	6 —
Le mésocéphale.........................	15 —
	70 fois.

La contracture affecte plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs; elle est souvent bornée à un côté, à un membre, à l'avant-bras, aux poignets, aux doigts; mais la rigidité peut affecter les quatre membres ou passer de ceux d'un côté à ceux de l'autre, s'étendre aux muscles abdominaux, alterner avec les convulsions, et d'autres fois persister en prenant les proportions d'une attaque tétaniforme.

(Paralysies.) La paralysie constitue un des plus fréquents, des plus saillants et des plus persistants symptômes de l'hémorrhagie des centres nerveux. Les spasmes sont remarquables par leur mobilité, par leur changement plus ou moins rapide de situation, d'intensité ou de mode. Les paralysies, au contraire, ont une fixité opiniâtre. Le plus souvent elles se produisent rapidement, au moment même de l'attaque; quelquefois cependant elles ne se prononcent qu'après, et en augmentant graduellement.

On les a constatées dans près des deux tiers des cas d'hémorrhagie. J'en compte 526. Elles n'affectent le plus souvent qu'un côté du corps.

Les *hémiplégies* sont distinguées en droites et gauches; elles constituent environ les trois quarts des paralysies; mais d'autres modes et des degrés variés doivent être indiqués avec exactitude.

La face peut être paralysée isolément, d'un côté ou de l'autre : c'est l'*hémiplégie faciale*. La paralysie, qui affecte les membres d'un côté, s'étend aussi assez souvent à la face, et alors c'est presque toujours du même côté; tandis que, dans un certain nombre de cas, les membres sont paralysés d'un côté et la face l'est de l'autre. C'est ce qu'on a nommé *hémiplégie alterne*. Il sera nécessaire de spécifier ce mode.

Les membres supérieurs sont quelquefois paralysés sans que les membres inférieurs le soient. Un membre supérieur peut être paralysé seul.

Il en est de même à l'égard des membres inférieurs. Il peut y avoir paralysie des deux *(paraplégie)* ou d'un seul.

Dans quelques cas rares, il y a trois membres paralysés : deux supérieurs et un inférieur, ou deux inférieurs et un supérieur.

Enfin, en d'autres circonstances, les quatre membres sont frappés à la fois d'inertie musculaire.

Ces distinctions doivent être établies avec soin pour donner aux faits toute leur signification, et faciliter l'intelligence des rapports à rechercher entre cet ordre de symptômes et les lésions encéphaliques.

Il paraîtra peut-être utile de trouver dans un aperçu synoptique, d'une part le nombre des diverses sortes de paralysie par hémorrhagie des centres nerveux, et de l'autre leur correspondance avec les siéges variés auxquels ces hémorrhagies appartiennent; mais il est bon de remarquer qu'il ne s'agit d'abord que d'un coup d'œil général et sommaire; ensuite viendront les détails que ce sujet comporte.

	Hémorrhagies des méninges.	Hémorrhagies de la substance corticale du cerveau.	Hémorrhagies des lobes moyens du cerveau.	Hémorrhagies des lobes postérieurs du cerveau.	Hémorrhagies des lobes antérieurs du cerveau.	Coïncidences des hémorrhagies des méninges et du cerveau.	Hémorrhagies des corps striés.	Hémorrhagies des couches optiques.	Hémorrhagies des corps striés et couches optiques simultanément.	Coïncidences des hémorrhagies des corps striés et des couches optiques et des autres parties du cerveau.	Hémorrhagies des ventricules cérébraux.	Coïncidences des hémorrhagies des ventricules et des autres parties du cerveau.	Hémorrhagies du cervelet.	Coïncidences des hémorrhagies du cervelet.	Hémorrhagies du mésocéphale, du bulbe et des pédoncules.	Coïncidences des hémorrhagies du mésocéphale et des autres parties.	Hémorrhagies de la moelle épinière.	
Hémiplégie gauche	13	9	44	11	3	5	17	15	19	5	13	5	9	5	12	6	1	192
Hémiplégie droite	15	7	40	8	9	1	17	12	12	13	11	1	5	10	11	9	»	181
Hémiplégie faciale........................	»	»	»	1	1	»	1	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	6
Hémiplégie alterne........................	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	9	3	»	16
Paralysie des deux membres supérieurs...........	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	3
Paralysie d'un membre supérieur	»	1	2	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	11
Paralysie des deux membres inférieurs...........	1	1	»	»	»	»	»	»	2	»	1	1	»	»	»	1	10	17
Paralysie d'un membre inférieur...............	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	3
Paralysie des deux membres supér^rs et d'un membre infér^r	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Paralysie des deux membres infér^rs et d'un membre supér^r	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Paralysie des quatre membres................	12	5	10	1	1	1	»	»	10	3	4	1	6	»	21	11	4	90
	44	24	99	25	15	7	35	27	44	21	31	9	20	16	55	33	18	523

a. — Les *hémiplégies* ordinaires sont, d'après ce tableau au nombre de 373, divisées en droites 181 et gauches 19
La différence entre les deux côtés n'est que de 11 ; o peut donc dire qu'il y a à peu près égalité entre eux.

L'hémiplégie présente des degrés qu'il est intéressa d'étudier.

Le premier, le plus simple, consiste dans la paralysie d membres supérieur et inférieur d'un côté. Elle peut ét complète à l'un d'eux et incomplète à l'autre. C'est ordina rement le membre supérieur qui est le plus affecté.

Dans un second degré, indépendamment des deux men bres, la face est paralysée sur la même ligne. La perte d l'énergie musculaire de ce côté permet aux muscles cong nères et antagonistes d'entraîner les traits du visage du côt opposé. La partie qui offre la première ce changement e l'angle des lèvres. Quelquefois, dans le repos, l'équilibre ent les deux côtés ne paraît pas rompu ; mais si le malade parl ou mange, ou rit, on voit la commissure du côté sain s mouvoir, se porter en dehors et en haut, tandis que l'aut reste immobile ; quelquefois la paupière supérieure reste demi-abaissée sur l'œil du côté paralysé, l'aile du nez e aussi affaissée ; la joue est aplatie, inerte, immobile et sa rides. Si elle se meut, ce n'est que d'une manière passiv Ainsi, il se produit parfois un phénomène très connu, qu désigne l'expression assez pittoresque, mais un peu trivial de *fumer la pipe;* les lèvres étant rapprochées, si l'air expi remplit la bouche, il soulève la joue paralysée, la disten alors ce côté de la bouche s'entr'ouvre et l'air s'échappe : c n'est pas le buccinateur qui l'a chassé.

Dans un troisième degré, non seulement une moitié de l face est entraînée du côté opposé à la paralysie des men bres, mais encore les yeux sont fortement dirigés dans l même sens, et la tête elle-même, ayant subi un quart d rotation, tourne la face tout entière dans la même directio

Ces phénomènes ont attiré l'attention de MM. Charco Vulpian, Prévost. Ce dernier en a fait le sujet d'une étud

très intéressante [1]; il a nommé cette inclinaison des yeux *déviation conjuguée,* pour montrer que les deux organes subissent une impulsion commune et ne perdent pas leur parallélisme normal, ce qui distingue cette déviation du strabisme. La rotation de la tête, qui commence par le redressement et l'inclinaison en arrière, s'opère par l'action énergique des muscles du cou du côté non paralysé. M. Prévost a rapporté un certain nombre de faits d'hémorrhagies et de ramollissements encéphaliques, accompagnés de cette déviation conjuguée des yeux et de la tête. Quelques-unes des observations d'hémorrhagies que j'ai exposées en présentent aussi des exemples (CCXXX, CCXXXIV, CCXLIV, CCLXXIII, DCCCXIII, DCCCXXIV); mais j'en trouve également dans lesquels la déviation s'est opérée du côté même de l'hémiplégie (CXCIX, CCXXIX); c'est que la production du phénomène ne tient pas seulement à la perte d'équilibre de la force musculaire entre les deux côtés du cou et de la tête, mais surtout à l'augmentation d'énergie contractile du côté non paralysé vers lequel la tête et les yeux s'inclinent; c'est qu'il y a, dans ces circonstances, coïncidence de spasme tonique, lequel est indépendant de la paralysie. Or, la contracture entraîne la tête de son côté, que ce côté soit ou non celui de l'hémiplégie. Cette contracture est prouvée par la résistance que la tête oppose quand on veut la déplacer et la ramener à sa situation normale.

L'hémiplégie avec déviation de la face s'accompagne très souvent d'un autre phénomène assez notable, c'est la *déviation de la langue*. Cette déviation fait supposer que l'un des côtés de cet organe prend part à l'hémiplégie. C'est lorsqu'on dit au malade de montrer sa langue qu'on voit celle-ci s'incliner en franchissant le rebord dentaire; mais quelquefois aussi, quand on fait seulement ouvrir la bouche, on peut s'apercevoir de cette inclinaison. Il faut prendre garde que la déviation coïncidente de la bouche peut rendre le phé-

[1] *De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplégie.* Paris, 1868.

nomène relatif à la langue plus ou moins distinct, selon que l'inclinaison a lieu dans le même sens ou en sens contraire. Sur 32 cas, dans lesquels la pointe de la langue était assez sensiblement détournée de la ligne médiane, je trouve 16 inclinaisons à droite et autant à gauche ; mais l'essentiel de cette recherche est de savoir dans quel rapport ce changement de direction se trouvait avec l'hémiplégie. 24 fois la langue s'est déviée du côté même qui était paralysé, 8 fois du côté sain [1]. Une fois la langue s'est déviée à droite, et il existait à gauche un état général de rigidité (DCII), et dans une autre circonstance, l'hémiplégie étant à droite, la totalité de la langue paraissait inerte et remplissait mal ses fonctions quant à la mastication et à la déglutition, sans s'être déviée (DCCCXLII).

L'hémiplégie, dans quelques cas, s'est étendue au *voile du palais*. Le fait a été mis hors de doute dans l'une des observations où la moitié droite de ce septum était immobile comme les membres du même côté. La luette s'inclinait à gauche et la langue à droite (DCCLXXXIX).

b. — La paralysie isolée de l'un des côtés de la face, ou *hémiplégie faciale*, est un symptôme peu commun, qui est survenu dans diverses localisations. Il y en a sept exemples. Dans trois de ces cas, la paralysie affectait le côté droit de la face (CCCLXXX, CDXXIV, DCXLIX). Dans trois autres, le côté gauche (CCCLXVI, DCCLXXXVI, DCCCXL). La paralysie peut être très légère, bornée aux environs de la bouche, sans déviation bien manifeste, comme dans le cas de Dupuytren (DXLI). Toutefois, c'est cette déviation qui forme le principal caractère de cette paralysie. La perte du mouvement de la paupière supérieure du même côté vient qnelquefois compléter le phénomène (DCXLIX, DCCLXXXVI).

c. — L'*hémiplégie alterne*, qui se compose de la paralysie des membres d'un côté et de l'hémiplégie faciale de l'autre, a été observée dans seize cas ; il est nécessaire de les si-

[1] CDXXXV, CDXL, XDVIII, DCII, DCCXXXIX, DCCXLV, DCCCXXIV, DCCCLV.

gnaler avec précision, parce qu'ils serviront de base à quelques commentaires d'anatomie et de physiologie pathologique. Ces faits sont les suivants :

XVII, paralysie des membres droits, hémiplégie faciale gauche;
CCLXXXVII, bras droit paralysé, hémiplégie faciale gauche;
DCXXXIV, bras gauche paralysé, hémiplégie faciale droite;
DCCXXV, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCXXXVI, paralysie des membres gauches et de la moitié droite de la face;
DCCXXXVII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCXLV, paralysie des membres droits et du côté gauche de la face;
DCCLXVIII, paralysie des membres droits et du côté gauche de la face;
DCCLXXVII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCLXXXVII, paralysie du bras, puis de la jambe gauches, de la partie inférieure et gauche de la face (bouche déviée à droite) et paralysie de la paupière supérieure *droite*, avec faiblesse de l'œil et dilatation de la pupille correspondante;
DCCLXXXIX, hémiplégie droite étendue au côté droit du thorax; paralysie de la paupière supérieure gauche;
DCCXCV, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCXCVI, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face, sauf les paupières;
DCCCXXI, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCCXXIII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
DCCCXXVIII, hémiplégie droite, paralysie du côté gauche de la face;

De ce dénombrement, il résulte que dix fois les membres gauches ont été paralysés, et six fois les membres droits, la face étant paralysée du côté opposé ; mais cette dernière lésion a été plus ou moins étendue, elle affectait la bouche et les paupières le plus souvent. D'autres fois on a vu la bouche déviée par le fait de l'hémiplégie gauche, et les paupières de l'œil droit privées en même temps de leur action. En outre, l'hémiplégie des membres peut être bornée à un seul; le phénomène n'en est pas moins caractérisé.

d. — La paralysie d'une paire de membres ou celle de

trois membres, ou celle d'un seul, constituent des variétés assez rares. Toutefois, la paralysie des deux membres inférieurs est fréquente dans les hémorrhagies rachidiennes.

e. — La paralysie des quatre membres fait supposer que de larges surfaces ou que des points multiples, ou que des parties centrales ont été affectées. Ces cas sont assez nombreux et très graves.

Les diverses paralysies que je viens de parcourir peuvent être accompagnées de phénomènes variés appartenant à l'ordre des spasmes cloniques ou toniques. Cette coïncidence dénote que la lésion de la motilité n'est pas toujours simple et qu'elle comporte des modes et des degrés différents. Souvent, la perte du mouvement est entière, l'inertie absolue, la résolution complète; mais, d'autres fois, les membres paralysés sont agités de mouvements convulsifs, de convulsions, de secousses, de tressaillements, comme le sont, en d'autres cas, les membres paralysés. Des crampes ou des contractions saccadées peuvent s'y produire (CCCXCVI, DCCXXXVII); mais il est un autre symptôme qui se joint bien plus fréquemment aux paralysies : c'est la *contracture*. Plus de 60 cas en présentent des exemples. Cette contracture n'a pas la ténacité de la paralysie; elle est variable, arrive sans motif apparent, diminue ou cesse, ou se déplace, mais souvent aussi elle persiste autant que la paralysie, avec laquelle elle s'identifie pour enlever au membre privé du mouvement spontané, la souplesse, la flexibilité. Elle ajoute à l'impotence, et entraîne des rétractions et des difformités fort incommodes et généralement irrémédiables.

(Asthénie musculaire.) Il est un mode de lésion de la myotilité, qui n'est pas la paralysie, mais qui s'en rapproche : c'est la faiblesse, la débilité, l'asthénie musculaire. Les membres affectés n'ont pas perdu le mouvement; ils peuvent se déplacer, surtout quand ils sont appuyés; mais ils manquent d'énergie; leurs actions sont lentes, peu étendues, peu persistantes. Ils se fatiguent promptement; les mains

ne peuvent tenir les objets; les jambes soutiennent péniblement le corps; elles fléchissent bientôt; la station debout est peu solide, la marche chancelante, les chutes sont presque inévitables, et si le malade tombe, il ne peut se relever que par un grand effort. Les diverses catégories d'hémorrhagies peuvent donner lieu à cette asthénie, ou atonie musculaire. Mes observations en fournissent cinquante exemples, que l'on rencontre principalement dans les faits d'hémorrhagie méningée et dans ceux d'hémorrhagie cérébelleuse. Dans ces derniers, la distinction entre ce symptôme et la paralysie est parfaitement établie par les observateurs. Toutefois, cette asthénie peut souvent être regardée comme un premier degré de la paralysie. Elle la précède dans quelques cas, et en d'autres lui succède. Comme celle-ci, elle peut n'affecter que les membres d'un côté, et dans certains cas, il y a paralysie d'un côté et simple asthénie musculaire de l'autre. Elle est plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Avec elle, coïncident parfois les spasmes cloniques, les spasmes rarement toniques.

Modifications de la sensibilité. — La sensibilité peut subir de notables changements, qui ne sont pas toujours en rapport avec ceux que la motilité présente. Il faut donc les étudier en particulier. La sensibilité peut être émoussée, exaltée, pervertie, éteinte, ou rester normale.

a. — La sensibilité est émoussée dans un assez grand nombre de cas d'hémiplégie, soit droite (23), soit gauche (23), et dans quelques autres cas de perte de mouvement; dans la paralysie alterne (DCCCXIII), dans la paralysie des quatre membres, etc.; mais la diminution de la sensibilité n'est pas uniforme; elle peut exister au membre supérieur, non à l'inférieur (CXCIX, DCCCXXII); elle peut avoir lieu aussi sans perte du mouvement (CXXVI, CXXXVIII, CCXV); enfin, elle peut accompagner les divers spasmes, les mouvements convulsifs (DCCCV), la contracture primitive (DIII, DVI, DCXLI), la rigidité tétanique (DCXLIII, DCXLIX). Dans cet état de sensibilité obtuse, les impulsions sont encore senties; mais les

actions réflexes qui leur succèdent sont lentes et faibles (CCLXIII, CCCXI, etc.).

b. — La sensibilité peut être exaltée dans les parties paralysées. C'est ce qu'on a constaté dans l'hémiplégie droite (CLXXIX), dans l'hémiplégie gauche (DCLIV, DCCXXXIX), dans l'hémiplégie alterne (DCCXCXVI). L'hyperesthésie a lieu aussi sans paralysie (LXXIV, CXXVII), ou bien elle existait d'un côté et la perte du mouvement était de l'autre (CDXXVI). Elle peut précéder la contracture (DCLI) ou accompagner les convulsions (DCXCI). Elle provoque, dans les membres paralysés, des douleurs, des élancements, des crampes, des fourmillements pénibles (CDXXXVI, DXXVIII, DCLXIV, DCLXVII, DCCXXXVII). Il peut aussi y avoir des fourmillements dans les parties non paralysées, dans les doigts, dans les jambes (CDXCIV, DLXXXIX, DCCXXV, DCCCLX, DCCCLXI).

c. — La sensibilité, qui s'exalte, s'égare parfois, d'où résultent des sensations erronées. Un malade éprouvait dans un membre paralysé une impression glaciale aux points où on le touchait (DXXVIII). Un autre avait un sentiment de picotement, de démangeaison dans une joue (DCV). Ces aberrations sont rares, mais elles doivent être remarquées.

d. — La perte de la sensibilité, l'insensibilité ou anesthésie, ou la paralysie du sentiment, constitue un symptôme fréquent dans l'hémorrhagie des centres nerveux. On le rencontre dans plus de cent observations. L'insensibilité peut être générale ; telle est celle qui souvent accompagne le début de la maladie et persiste avec elle, ou celle qui se produit à la fin et se continue jusqu'à la mort. Dans ces divers cas, elle est accompagnée d'une résolution complète des membres.

La sensibilité étant éteinte, on ne peut provoquer d'action réflexe, et la contractilité électro-musculaire est en vain sollicitée.

La perte de la sensibilité est parfois unilatérale ; elle a lieu à divers degrés, le sentiment étant obtus d'un côté et aboli de l'autre (CCXXIX, DCCCXLI). Elle peut n'affecter qu'un membre

(CXXXV), mais c'est rare ; elle accompagne l'hémiplégie droite (11 cas) ou l'hémiplégie gauche (12 cas). D'autres fois, c'est avec des convulsions qu'elle se rencontre (11 cas) ou avec une contracture (DVIII, DLXX, DCCLXXII, DCCCVII), ou avec une roideur tétanique (CCXXIX, DCCCXXIX, DCCCXXXIV) ; enfin, elle peut être exempte de coïncidence, et constituer une hémiplégie du sentiment sans perte du mouvement (DI, DXVIII). Elle peut aussi précéder l'immobilité ou faire avec elle une sorte d'échange, un membre étant à la fois immobile et sensible, tandis que l'autre est insensible et mobile (DCCCLXX) [1] ; mais cette circonstance est presque exceptionnelle ; il est plus ordinaire de voir les deux espèces de lésions marcher de concert.

e. — La sensibilité peut demeurer intacte, bien que la motilité soit plus ou moins lésée. Dans 40 cas, elle était conservée, quoiqu'il y eût paralysie et surtout hémiplégie. Pour désigner ces cas, les auteurs se sont servis du mot *parésie*, qui signifie perte du mouvement et non du sentiment. La sensibilité s'est maintenue au milieu des convulsions (CDIX, DIV) et avec un état de contracture (CC, CCCLXVIII, CDLXV, DCII).

Voies digestives. — Les voies digestives présentent, chez un assez grand nombre de sujets, des symptômes importants.

a. — L'un des plus remarquables est le *vomissement*. On a vu ce symptôme se manifester assez fréquemment au moment de l'invasion. Il est une circonstance qui le rend alors presque inévitable, c'est lorsque l'attaque a lieu peu de temps après que le malade a ingéré des aliments. La chymification est troublée, et l'estomac tend à se débarrasser. Mais le vomissement survient également dans le cours de la maladie ou à la fin. Il a été mentionné dans plus de 100 cas, et il est probable que souvent il a eu lieu sans avoir été noté, parce qu'il a été momentané, et que l'observateur n'en a pas été prévenu.

[1] Voyez aussi (service de M. Andral) Paralysie à droite, anesthésie à gauche. (*Union médicale*, 1853, p. 114.)

b. — La *difficulté de la déglutition* s'est manifestée dans 70 cas environ; elle est toujours un symptôme facile à reconnaître et utile à noter. Un malade n'exerce pas la déglutition quand il est plongé dans le coma, et qu'il n'a pas la conscience des objets qui l'entourent. La dysphagie peut être le résultat de l'inertie du pharynx et de l'œsophage, et alors exister, quoique l'intelligence s'exerce. Elle peut encore tenir à un état de spasme de ces organes; de plus, quelques malades ont éprouvé une constriction douloureuse à la gorge (DCCXXV, DCCCLXV), et même comme un sentiment de strangulation et une menace de suffocation (DCCCIX).

c. — Les matières stercorales consistantes sont ordinairement retenues dans le gros intestin; les matières molles ou liquides peuvent être rendues sans conscience et sans la participation de la volonté. C'est ce qui arrive quand les malades sont dans un assoupissement profond ou quand les sphincters sont paralysés. Cette paralysie accompagne ordinairement celle des membres inférieurs; mais elle peut avoir lieu aussi dans l'hémiplégie.

Voies respiratoires. — La respiration paraît souvent naturelle; mais dans des cas assez nombreux, elle offre de notables modifications. Elle est inégale, irrégulière, plus souvent ralentie qu'accélérée. Elle est gênée, laborieuse; elle exige de grands efforts de la part des muscles inspirateurs. Parfois, elle ne s'accomplit qu'à l'aide du diaphragme. Elle s'accompagne de soupirs, de bâillements, de hoquet; elle s'embarrasse, devient bruyante; on entend un gros râle trachéal, une sorte de ronflement, de ronchus, de stertor. La respiration devient stertoreuse assez promptement dans les cas graves; elle l'est presque toujours dans les derniers instants de la vie. Cette altération de la respiration peut s'effectuer dans toutes les catégories des hémorrhagies encéphaliques; mais elle paraît être plus précoce et plus marquée dans celles du mésocéphale et de la partie supérieure de la moelle épinière.

Voies circulatoires. — Le pouls peut rester à peu près

naturel. Mais souvent il reçoit comme le contrecoup des ébranlements survenus dans l'encéphale; il se ralentit, devient mou et large; puis il s'élève et se tend; ensuite, il s'accélère et peut rester dur ou devenir petit. Une fièvre très prononcée s'est manifestée chez quelques sujets. Lorsque la respiration est très gênée, les veines du cou se gonflent, les capillaires de la face s'injectant, les lèvres, les joues, les paupières, prennent une teinte livide. La circulation peut aussi être ralentie, gênée dans le cercle inférieur; les vaisseaux abdominaux alors se congestionnent ([1]).

Sécrétion de l'urine. — L'urine peut être retenue dans la vessie, ou bien être rendue sans conscience.

Perspiration cutanée. — Ce n'est ordinairement que dans les derniers moments de la vie que la peau se couvre d'une sueur abondante, visqueuse et fréquemment froide.

Organes génitaux. — On a porté une attention spéciale à l'état des organes sexuels dans les hémorrhagies du cervelet, par suite des opinions émises par les phrénologues sur les attributions de cet organe. En effet, dans un certain nombre de cas, il y a eu érection, émission spermatique.

Calorification. — Quelle est l'influence exercée par l'hémorrhagie encéphalique sur l'intensité ou l'expansion de la chaleur animale? Si l'on interroge les faits, on obtient des réponses assez variées.

Quelquefois les malades sont saisis après l'attaque d'un refroidissement général; c'est ce qui arrive surtout si leur âge est avancé, l'atmosphère froide, l'hémorrhagie grave, et la mort prochaine (CLXXIII, CCCXIX, DCLXVI, DCCLXXII, DCCCIII).

D'autres fois on voit se manifester une réaction assez vive : le pouls est fréquent et plein, la face colorée, la peau devient chaude et se couvre de sueur; il y a de la fièvre. La température rectale peut s'élever de 36 à 39 degrés (CXCVI, CXCVIII, CC, CCXVII, CCXXIX, CCCXI, CCCXVIII, CCCXXV, CDLXIV, CDLXVI, DXIX, DLXIV, DCCCXXXVIII).

([1]) Trier, *Gunsb. Zeschr.* IV. (*Medical Times and Gazette*, 1853, half yearly abstract, t. XVIII, p. 38.)

On constate aussi chez d'autres sujets une inégalité de température entre les diverses parties. Le cercle supérieur est chaud et l'inférieur froid (CCCXC, DCCXCV).

Quant aux membres paralysés, plusieurs observateurs les ont trouvés plus froids que les membres sains (CCLXVIII, CCCVII, CCCXX, CCCXXII, CCCXLVII, DLXII), et d'autres ont reconnu qu'ils étaient sensiblement plus chauds d'un degré et même plus (CLXXIX, CCXVII, CCXXXIV, DXIX). Mais dans un cas, après une réfrigation artificielle des deux membres opposés, celui qui était paralysé resta le plus froid, bien qu'auparavant il fût le plus chaud (CCXVII). Quelquefois c'est le malade qui éprouve dans les parties paralysées une plus forte chaleur, tandis que la main du médecin n'y distingue pas de différence (DCCLXXXIX); c'est alors un phénomène de modification de la sensibilité.

§ III. — Marche, durée, terminaisons des hémorrhagies de l'appareil nerveux.

A dater de l'invasion qui se présente, comme on l'a vu, sous des formes variées, les symptômes de l'hémorrhagie suivent une marche rapide ou lente, progressive ou rétrograde, continue ou saccadée.

La maladie, déjà grave à son début, peut entraîner une mort presque immédiate, qui survient en quelques minutes ou peu d'heures. Cette invasion foudroyante et cette terminaison promptement funeste ont lieu le plus ordinairement par une large compression exercée sur les hémisphères cérébraux ou par un épanchement sanguin abondant et subit dans les ventricules, ou par une dilacération étendue dans le cerveau ou le cervelet, ou par une altération notable du mésocéphale ou de la partie supérieure du prolongement rachidien.

Mais, d'autres fois, la maladie est moins rapide, elle n'en est pas moins dangereuse. Le sujet n'a pas repris connaissance; il est dans une insensibilité et une immobilité presque absolue; il ne peut opérer la déglutition; la respiration est

stertoreuse, les évacuations sont involontaires. La mort arrive du troisième au sixième jour. J'ai vu, parfois, quelques mouvements réflexes s'opérer, l'issue de la maladie n'en était pas moins fatale.

Dans d'autres circonstances, une amélioration sensible se manifeste. Le malade reprend en partie connaissance; il peut articuler quelques mots; il est ou n'est pas paralysé. Il ne faut pas se laisser aller à de trop faciles espérances. Malpighi, après une suspension momentanée, éprouve une nouvelle attaque et succombe (DCXXXV); un autre sujet allait de mieux en mieux, lorsqu'au treizième jour, après avoir trop mangé, il est emporté par un retour subit des accidents (DCCLXIII).

Rien n'est plus incertain que la marche de l'apoplexie, puisque l'organe affecté est encore accessible à de nouveaux afflux de sang; les récidives peuvent avoir lieu une, deux, trois fois ou même plus souvent. Les intervalles qui les séparent ont une longueur variée, quelquefois de plusieurs mois, d'une ou de plusieurs années (CDLXIX, CDLXX, CDLXXI, CDLXXII, CDLXXIII, CDLXXX, CDLXXXI, CDLXXXII), etc.

Pendant les intervalles, les malades ont pu prendre une certaine apparence de guérison, et même remplir plus ou moins les devoirs de leur profession (CCLXXII, CCLXXIV, etc.).

Ils ont paru, dans certains cas, avoir récupéré tous les attributs de la santé. Leur guérison était jugée incontestable (CII, CCIV, CCLXV, CCLXXII, CCLXXXIV, CCCLVI, CDLXVII, CDLI, CDLVII, CDLXII, DLI), et cependant l'encéphale n'était nullement rentré dans un état de parfaite intégrité.

La persistance de l'altération locale, malgré les alternatives dont elle est susceptible, rend raison de la ténacité de certains phénomènes morbides qui ont diminué, mais qui n'ont pas entièrement disparu. Ainsi, un membre est souvent resté faible ou roide; la parole est encore gênée, la mémoire est peu fidèle ou elle laisse dans le moral des lacunes fâcheuses.

L'exemple le plus souvent cité de cette sorte d'amnésie

est celui de Broussonnet, professeur de botanique à la Faculté de Médecine de Montpellier. Frappé d'apoplexie en 1807, il semblait guéri, mais il avait oublié tous les noms propres, et surtout ceux des plantes. Il lisait, il comprenait, mais il ne pouvait écrire. Il apprit de nouveau certains noms; il s'appliqua à l'orthographe, qu'il ne savait plus; une seconde attaque l'emporta; il n'avait que quarante-six ans (1).

La perte de la mémoire porte, en général, plutôt sur les mots que sur les choses; et dans un morceau de chant, sur les paroles plutôt que sur l'air.

Le jugement peut aussi subir quelques atteintes. Il perd de son activité et de sa rectitude. Il se laisse entraîner par des idées confuses ou de fausses sensations.

Ce trouble mental peut aller jusqu'à l'aliénation (2).

C'est cette influence qu'exerce souvent sur l'intelligence la lésion encéphalique persistante, mais amoindrie, qui a motivé de nombreux procès relatifs à l'aptitude des individus frappés d'apoplexie et cependant en apparence guéris, à passer un contrat, à faire un testament, etc. Les avis des médecins ont été souvent partagés (3), et on a vu les cours prononcer des arrêts basés sur des arguments entièrement opposés.

Un individu qui a offert les symptômes d'une apoplexie doit, selon toute probabilité, avoir dans l'un des points de l'encéphale les restes d'un foyer hémorrhagique; mais on n'en a pas la certitude physique. Pour le médecin et le légiste, si les symptômes ont disparu, le malade est guéri; mais si quelques actes ou quelques paroles annoncent que le jugement a perdu sa rectitude, l'hypothèse change. Le sujet est sous l'empire d'une circonstance morbide qui peut troubler son intellect, enchaîner son libre arbitre. Cependant, j'ai vu maintenir dans ces cas des dispositions testa-

(1) Baumes, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVIII, p. 75.
(2) Parchappe, *Traité de la Folie*, p. 184.
(3) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXXIII, p. 269.

mentaires qui, certainement, n'avaient pas été consenties par un esprit sain. Mais chacun applique, selon ses vues personnelles, des règles passablement élastiques, malgré l'apparente inflexibilité des termes.

La durée de la vie chez les individus frappés d'apoplexie est le plus souvent fort courte, mais elle peut aussi devenir assez longue. Dans chacun des résumés relatifs aux diverses localisations hémorrhagiques, j'ai fait connaître les époques auxquelles la mort est survenue. Peut-être y a t-il quelque intérêt à rapprocher les dates obtenues et à établir les principales périodes de durée que peuvent atteindre les individus frappés d'hémorrhagie encéphalique.

Cette récapitulation ne porte que sur 667 observations; mais elle permet d'établir quelques grandes divisions :

203	individus ont	succombé	dans les 24 h. qui ont suivi l'attaque.
224	—	—	du 2e au 10e jour.
48	—	—	du 11e au 20e —
23	—	—	du 21e au 30e —
37	—	—	dans le 2e mois.
18	—	—	dans le 3e —
20	—	—	du 4e au 6e —
28	—	—	du 7e au 12e —
29	—	—	dans la 2e année.
29	—	—	de la 3e à la 10e année.
8	—	—	de la 11e à la 30e —
667			

Il résulte de ce tableau qu'on pourrait partager relativement à la durée la plupart des cas d'hémorrhagie des centres nerveux en trois séries. Une première, composée d'un peu moins du tiers des faits, réunirait les cas appelés *foudroyants;* la deuxième, formée du second tiers, serait constituée par les cas dans lesquels la mort est survenue du 2e au 10e jour, et la troisième série, comprenant un peu plus que le tiers, s'étendrait du 11e jour à la 30e année.

La mort, dans les deux premières séries, est bien évidemment l'effet de l'hémorrhagie; mais, dans la troisième, elle

peut être accidentelle et dépendre de complications graves, comme une pneumonie, une diphthérite, un érysipèle, etc. Dans quelques cas, et surtout dans les hémorrhagies rachidiennes, les eschares qui se produisent sur le sacrum accélèrent ordinairement la mort.

§ IV. — Anatomie et physiologie pathologiques des hémorrhagies de l'appareil nerveux.

Les résumés successivement présentés ont fourni des descriptions particulières des lésions anatomiques dans les différentes localisations étudiées. Je puis me dispenser de revenir sur les détails; mais les faits exposés doivent servir de base à quelques considérations générales d'un assez grand intérêt. Dans ces considérations, l'anatomie et la physiologie pathologiques se lient étroitement, s'éclairent et s'appuient mutuellement. Je ne saurais les séparer.

Parties de l'appareil nerveux qui sont le plus exposées aux hémorrhagies. — Les hémorrhagies des centres nerveux se présentant assez fréquemment dans la pratique médicale, il suffit de rapprocher des faits suivis de la nécropsie des sujets, pour déterminer en quels points le sang fait le plus souvent irruption; mais il faut que ces faits soient en assez grand nombre.

M. Andral, ayant réuni 392 cas d'hémorrhagies consignés dans les auteurs, a vu que dans plus de la moitié l'hémorrhagie avait eu son siége dans la partie des hémisphères cérébraux située au niveau des corps striés et des couches optiques; puis viennent ces organes, d'autres parties du cerveau, les lobes cérébelleux, le mésocéphale, la moelle épinière, etc. (1).

Craigie plaçait les organes, relativement à leur disposition aux hémorrhagies, dans l'ordre suivant : Corps striés, couches optiques, hémisphères, pont de Varole, pédoncules,

(1) *Anatomie pathologique*, t. II, p. 758.

moelle allongée, cervelet (1); mais il est évident qu'on ne doit mettre ni le cervelet au bas de l'échelle, ni les corps striés en première ligne, tandis que les hémisphères n'occuperaient que le troisième rang.

Utilisant les chiffres résultant de la collection de faits qui sert de base à cette histoire générale des hémorrhagies de l'appareil nerveux, il sera facile de constater le degré de fréquence des divers siéges occupés par l'effusion sanguine. Ces faits sont au nombre de 873; mais je dois en distraire les 123 cas de coïncidences à siéges multiples, n'employant que les 751 observations d'hémorrhagies à localisations simples. Je trouve d'abord que celles du cerveau l'emportent de beaucoup; elles dépassent la moitié; mais le cerveau est divisé en plusieurs régions ou parties distinctes. Il y a donc lieu de les distinguer dans l'énumération, dont voici les chiffres successivement décroissants :

Hémorrhagies des méninges	172
— des lobes moyens du cerveau	127
— du mésocéphale et des pédoncules	76
— des corps striés	72
— du cervelet	55
— des corps striés et des couches optiques simultanément	48
— des ventricules (comprenant le septum et les plexus choroïdes).	46
— de la substance corticale du cerveau	45
— des couches optiques	38
— des lobes postérieurs du cerveau.	33
— de la moelle épinière	19
— des lobes antérieurs du cerveau.	17
— du bulbe rachidien	2
— du corps calleux	1
	751

Je suis loin de présenter ces chiffres comme la plus rigoureuse expression de la fréquence relative des diverses

(1) Watson, *Lectures on the principles and pract. of the Physik*. London, 1848, t. II, p. 512.

localisations hémorrhagiques des centres nerveux. Ils n donnent que des résultats produits par des observation publiées, et je ferai remarquer que la plupart des médecin qui rencontrent des hémorrhagies à siéges rares et curieux comme celles du cervelet ou du mésocéphale, s'empressen généralement de les publier ; tandis qu'ils négligent comm vulgaires beaucoup de cas d'hémorrhagies cérébrales. C'es qu'en effet, dans la pratique, ces sortes d'apoplexies son les plus communes. Un médecin d'hôpital, livré aux étude anatomo-pathologiques, aura, dans un temps donné, vu plu de cent cas d'hémorrhagies des lobes cérébraux ou des corp striés, et à peine un ou deux cas d'hémorrhagie cérébelleus ou mésocéphalique. Il est donc assez difficile, quand on veu être parfaitement exact, de déterminer le plus ou moins d fréquence des divers siéges hémorrhagiques de l'encéphale On n'y arrivera qu'en réunissant de grands chiffres recueilli dans les hôpitaux à l'aide de statistiques dressées avec pré cision, et portant sur tous les faits constatés chaque année.

Dans le dénombrement des siéges hémorrhagiques, il es quelques parties de l'encéphale qu'on ne voit pas figurer. I est étonnant que les cornes d'Ammon, les éminences uncifor mes, la voûte à trois piliers, manquent absolument. L glande pinéale fait également défaut. Je n'en connais qu'u exemple lié à une méningite de la base [1] qui se présenter plus loin.

La texture des organes donne-t-elle la raison de ces diffé rences? N'y a-t-il pas lieu de les attribuer à des degré variés de vascularité?

On ne saurait nier l'influence que l'élément vasculair exerce sur la production des hémorrhagies en général. Cett influence doit être puissante lorsqu'il s'agit de l'encéphale organe si riche en vaisseaux et si accessible à l'afflux d sang.

Cependant, des deux substances dont se compose le cer veau, la grise ou corticale est la plus vasculaire, et n'es

(1) Simon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 306.

pas la plus disposée aux hémorrhagies. Il est vrai que les corps striés en sont principalement formés et sont fort sujets aux hémorrhagies; mais ils ne le sont guère plus que les couches optiques, composées surtout de fibres blanches, et ils le sont moins que les lobes moyens, dont le centre est essentiellement médullaire.

Les hémorrhagies du cervelet ne sont pas plus fréquentes que celles du mésocéphale, et cependant le premier de ces organes est plus vasculaire que le second. La pie-mère et les plexus choroïdes sont moins exposés aux hémorrhagies que la substance cérébrale, et pourtant quelle différence de vascularité.

La pie-mère a plus de vaisseaux que la dure-mère, et, néanmoins, c'est celle-ci qui, par sa face interne, est une source abondante d'effusions sanguines.

Cette disposition de la dure-mère aux hémorrhagies n'est-elle pas fort remarquable? Quelle autre partie de texture fibreuse présente une semblable aptitude?

Dans les épanchements arachnoïdiens, la dure-mère n'est peut-être pas seule à laisser exsuder du sang, et il est à présumer qu'il en provient quelquefois de la pie-mère, passant à travers le tissu perméable de la séreuse. N'importe, la première, par sa surface externe et surtout par l'interne, est très susceptible d'en fournir.

Du reste, ces hémorrhagies sont fort différentes de celles qui s'opèrent dans le tissu cérébral. Ici, des dilacérations sont inévitables, à moins que l'effusion sanguine ne soit peu abondante, disséminée et interstitielle, comme dans le mode nommé *apoplexie capillaire*.

Mais, le plus souvent, la rupture des vaisseaux permettant au sang de se répandre, la substance cérébrale résistant peu, se laisse briser, déchirer, refouler, et elle reçoit dans une cavité accidentelle plus ou moins large le fluide épanché.

Il est présumable que plus les vaisseaux sont développés dans une partie du système nerveux ou dans son voisinage,

plus elle est disposée aux hémorrhagies. Ainsi, l'artère basilaire qui longe le mésocéphale et lui envoie de nombreuses artérioles la rend apte aux hémorrhagies, malgré sa texture serrée et ferme. On peut encore admettre que ce réseau anastomatique si développé, qui, à la base du cerveau, envoie par la scissure de Sylvius et par les anfractuosités adjacentes, tant de ramuscules vers les parties centrales des hémisphères, y appelle les hémorrhagies si fréquentes dans ces régions. C'est là, en effet, que les vaisseaux se laissent facilement engorger, distendre et dilacérer; c'est là que Lallemand voyait les injections, poussées avec force, produire des épanchements [1].

Mais il est probable que la vascularité plus ou moins développée de la substance encéphalique ou que le voisinage de vaisseaux larges et d'une circulation active, ne suffiraient pas pour amener l'effusion. Il existe sans doute quelques autres circonstances accidentelles ou naturelles qui disposent les tissus à se laisser pénétrer et traverser par le sang. C'est ce qu'il faut examiner.

Conditions locales qui disposent aux hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes. — Si, dans les grands efforts musculaires, dans les violentes émotions de l'âme, dans les circonstances en un mot qui font vivement affluer le sang vers la tête, quelques vaisseaux encéphaliques, subitement distendus, ont pu se rompre chez des individus qui offraient d'ailleurs les apparences d'une bonne santé, il arrive souvent que l'hémorrhagie cérébrale a lieu sans être immédiatement précédée d'un ébranlement quelconque. On est alors conduit à supposer qu'une modification locale, une laxité morbide, un affaiblissement particulier dans le tissu cérébral ou dans le réseau vasculaire, ont dû disposer à cette hémorrhagie. Quelle est cette modification? En quoi consiste cette diminution de résistance?

[1] Bricheteau, *Journal Complémentaire*, t I, p. 293.

On remarque fort souvent autour du foyer hémorrhagique un ramollissement de la substance cérébrale, et il a semblé naturel de rapporter à cette diminution de consistance la rupture vasculaire et la dilacération de la substance cérébrale circonvoisine. Rochoux soutenait cette idée; mais, de plus, admettait que l'hémorrhagie pouvait dépendre d'un ramollissement circonscrit, spécial, qu'il appelait par ce motif *hémorrhagipare* ([1]). Quelle est la nature, quelle est la cause, quels sont les caractères distinctifs de ce ramollissement? Il est certain que l'on rencontre fréquemment dans le cerveau des points très ramollis qui auraient dû, pendant la vie, être des occasions incessantes d'hémorrhagies, et qui, cependant, n'en ont pas amené, malgré les congestions qui ont pu se produire avant la mort. Le ramollissement hémorrhagipare différerait donc essentiellement de celui qui, persistant pendant longtemps, ne produit jamais d'hémorrhagie.

Lorsqu'on rencontre un ramollissement autour du sang épanché, il reste à décider s'il était antérieur à l'hémorrhagie, ou si, ce qui paraît plus probable, il ne résultait pas de la déplétion subite des vaisseaux, de la pression exercée sur le tissu cérébral par l'accumulation instantanée du sang, et peut-être d'une infiltration séreuse par suite de la concrétion de ce fluide.

La théorie de Rochoux a peu de partisans; elle ne trouverait son application que dans un nombre assez limité de cas.

L'étude de plus en plus attentive des conditions dans lesquelles se trouvaient l'encéphale et ses vaisseaux, ayant fait reconnaître que ceux-ci étaient parfois roides, indurés, cartilagineux, encroûtés de matière calcaire, on a pu supposer que la fragilité augmentée des parois vasculaires était une cause de rupture. J'ai mentionné ce genre de lésion et noté l'influence qu'il peut exercer sur la production des

([1]) *Recherches sur l'Apoplexie*, 2e édit., 1833, p. 158.

hémorrhagies [1], influence incontestable sans doute, mais qui ne doit s'exercer que rarement.

Une autre sorte d'altération, révélée par les observations microscopiques, la dégénération athéromateuse des petites artères, dont j'ai exposé les principaux attributs, a été considérée comme affaiblissant les parois vasculaires et comme prédisposant à leur rupture. Un médecin anglais, le Dr Paget, ayant trouvé cette dégénérescence chez plusieurs sujets morts d'apoplexie, a basé sur cette remarque une nouvelle pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale [2].

M. Ch. Robin, ayant constaté que chez beaucoup de vieillards, et même chez quelques adultes, les capillaires, et de proche en proche les artères de l'encéphale, s'infiltrent de granulations graisseuses qui diminuent la résistance de leurs parois, est venu appuyer de son imposante autorité la théorie de M. Paget [3]. La dégénérescence athéromateuse a été rencontrée dans les artères de l'encéphale d'un certain nombre d'individus morts d'apoplexie; mais cette altération des vaisseaux était-elle la véritable cause de l'hémorrhagie, ou n'était-elle qu'une simple coïncidence? Les parois vasculaires étaient-elles réellement affaiblies par cet amas de granulations graisseuses, surtout si celles-ci, comme on l'a souvent observé, au lieu d'écarter les fibres des petits vaisseaux, s'étaient déposées à leur périphérie et leur formant ainsi une sorte de revêtement? D'ailleurs, l'état athéromateux serait loin d'être une condition constante de l'effusion sanguine. M. Bouchard rapporte que sur 39 cas d'hémorrhagie cérébrale observés dans les services de M. Charcot et de M. Vulpian, à la Salpêtrière, il a été parfaitement établi que l'état athéromateux était très prononcé chez 8 sujets, simplement admissible chez 13,

(1) T. VI, p. 416. — Voyez aussi Baillée, *Anatomie pathologique*, 1803, p. 433.

(2) *Apoplexy, its relation to fatty degeneration of the cerebral blood-vessel.* (*Medical Gazette*, febr. 1850 (half yearly abstract, t. II, p. 210). — *Gazette médicale*, 1851, p. 98.)

(3) *Bulletin de l'Académie de Médecine* (13 mai 1856), t. XXI, p. 748.

à peine manifeste chez 11, et absolument nul chez 7 [1]. Il faut inférer de ces constatations que si l'altération adipeuse des petits vaisseaux peut, dans un certain nombre de cas, avoir agi comme cause d'hémorrhagie encéphalique, cette cause n'est ni assez fréquente ni assez évidente pour mériter le crédit qu'on lui avait de prime-abord accordé.

En traitant des anévrysmes des petites artères, j'ai fait connaître les observations de MM. Charcot et Bouchard, et indiqué la place importante que ce genre d'altération vasculaire tend à prendre dans la pathologie des hémorrhagies cérébrales [2]. Déjà, d'anciens observateurs avaient vu des artères cérébrales dilatées, anévrysmatiques (CCLXXVI, DCXLVI); d'autres très modernes ont rencontré des dilatations ampullaires (CLXXIX, CCXVII, DCCLXVIII). M. Béhier les a également reconnues [3]; leur existence est incontestable; mais ont-elles été assez souvent constatées pour être de suite élevées au rang de cause avérée et générale? C'est ce que les recherches ultérieures auront à décider. Il sera surtout important de constater la présence de ces anévrysmes miliaires chez les sujets prédisposés et avant que l'hémorrhagie n'ait éclaté; car les dilatations trouvées autour des foyers apoplectiques pourraient n'être que l'effet de la violente fluxion locale effectuée au moment de l'attaque, et qui, ayant rompu certains vaisseaux, aurait distendu les autres et les aurait laissés dans un état d'inertie et de dilatation forcée. C'est donc surtout avant la fluxion et avant les ruptures vasculaires qu'il faut chercher ces dilatations ampullaires et les trouver spécialement dans les parties de l'encéphale où siégent le plus souvent les hémorrhagies, comme dans les lobes moyens, au voisinage des corps striés, dans ces corps eux-mêmes, dans les couches optiques, etc. On en a rencontré dans la pie-mère; mais on sait que les

(1) Bouchard, *Études sur quelques faits de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales*. Paris, 1867, p. 59.

(2) *Cours de Pathologie interne*, t. VI, p. 407.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 82.

hémorrhagies y sont rares, comparativement à celles du cerveau.

J'émets ces réflexions, parce qu'il faut se défier des entraînements de la nouveauté. Je regarde néanmoins comme un pas heureusement fait dans la doctrine positive des hémorrhagies encéphaliques, la connaissance de cette cause probable. Une étiologie bien assise ferait cesser les incertitudes de la prophylaxie ; en spécifiant dans quelles conditions se présentent les distensions ampullaires des vaisseaux, en enseignant si c'est réellement par l'atténuation ou par la disparition de l'élément musculaire des parois des petits vaisseaux qu'elles s'opèrent, ou si ces dilatations n'ont pas quelque autre manière de se produire. Il y aurait lieu de rechercher aussi à quelles modifications générales de l'organisme ces changements locaux correspondent; s'ils peuvent être attribués à une altération des fluides ou à la présence de principes étrangers circulant accidentellement avec eux.

Lorsqu'on voit certaines causes exercer leur action avec quelque uniformité, il devient intéressant de remonter à leur manière d'agir. Ainsi, lorsque tant d'individus son prédisposés à l'apoplexie par l'abus des spiritueux, pa l'excès d'alimentation, il convient de rechercher commen s'exercent ces causes, de déterminer si des changements n sont pas introduits dans la composition du sang; si, pa exemple, l'alcool qui imprègne ce fluide ne provoque pas l production des mollécules adipeuses ou autres, qui, à u moment donné, infiltrent les vaisseaux; si les proportion d'albumine ou de fibrine diminuent par cette cause o toute autre, et si de nouveaux rapports ne s'établissent pa entre ces états anormaux des fluides et la constitution histo logique des vaisseaux.

Au point où en est la science, des progrès peuvent êtr annoncés; ils sont promis aux investigateurs. Jusqu' présent, en examinant le cerveau, on s'est généralemen borné à signaler les changements de couleur, le piqueté, l

pointillé de la substance médullaire ou corticale, d'indiquer les gouttelettes de sang versées par les vaisseaux divisés; mais on sentira désormais la nécessité d'examiner ce sang, d'étudier l'état des parois qui l'ont fourni, et de rapprocher les modifications subies des circonstances générales qui auraient pu les provoquer. Alors pourra s'établir sur des bases à la fois solides et pratiques la véritable et fructueuse étiologie des hémorrhagies encéphaliques.

Phénomènes et changements constatés dans les foyers hémorrhagiques. — On a vu l'effusion sanguine s'opérer dans les centres nerveux de différentes manières. C'est une exsudation qui apparaît à la surface d'une membrane, ou une infiltration qui s'opère dans un parenchyme et y reste disséminée, ou une collection circonscrite qui forme un foyer dont le volume varie.

Le premier mode a lieu sur les diverses surfaces des méninges ou à la face interne de l'épendyme. Le sang se répand dans des espaces déjà existants et sans entraîner de solutions de continuité.

Le second forme comme des points dans la substance encéphalique; ce sont des taches petites, rouges, distinctes, en nombre plus ou moins considérable, séparées par des intervalles où la texture organique paraît intacte.

Le troisième mode se distingue en ce que le sang épanché dans l'encéphale s'est creusé une cavité morbide, en dilacérant, dans une certaine étendue, le parenchyme de cet organe.

Ces trois modes diffèrent aussi quant à leurs conséquences. Le premier, ne rencontrant pas d'obstacles, laisse l'épanchement se produire assez largement; il devient grave par la compression exercée sur les organes voisins.

Le second modifie la couleur, mais change à peine le volume, la forme et même la texture des parties où il s'est effectué. Cette *apoplexie,* dite *capillaire,* est formée de nombreuses gouttelettes de sang qui, bientôt, deviennent de

petits caillots susceptibles de persister longtemps, ou pouvant s'amoindrir et disparaître sans entraîner un travail organique sensible.

Il n'en est pas de même du troisième mode. La collection sanguine est plus ou moins considérable ; la substance cérébrale a été blessée, comprimée ; elle offre l'aspect d'une plaie contuse ; elle exige une réparation qui sera la suite d'actes compliqués et successifs.

Ce mode a été examiné isolément dans les diverses catégories d'hémorrhagies cérébrales, cérébelleuses, etc., et surtout dans celles des lobes moyens et des corps striés. Il n'y a pas lieu de revenir sur les détails exposés. C'est le sommaire des phénomènes et l'ensemble des résultats constatés, qu'il s'agit de retracer dans une histoire générale et succincte des foyers hémorrhagiques.

Quand le parenchyme encéphalique est largement dilacéré et qu'il est comprimé par une abondante effusion sanguine, la vie ne peut pas résister aux atteintes que l'organisme a reçues. Une mort plus ou moins rapide met fin à toute tentative de réparation. Si la quantité du sang épanché n'est pas très considérable, si le désordre local n'est pas extrême, le foyer hémorrhagique subit des transformations dont la marche fait l'objet de cette étude.

D'abord, le sang épanché tend à se concréter. Il prend l'aspect de la gelée de groseille, ou bien il offre une teinte plus foncée et une consistance plus grande. La fibrine, enveloppant un plus ou moins grand nombre de globules rouges, forme la base solide d'un caillot, tandis que le sérum, coloré par quelques globules plus ou moins altérés, s'infiltre dans les parties voisines.

Ces parties environnantes, formant les parois du foyer, sont teintes en rouge-brunâtre, molles, inégales, frangées, parsemées de petits caillots. L'extravasation sanguine peut s'étendre à plusieurs centimètres. La pièce, plongée dans l'eau, montre ces fragments de substance cérébrale dans un état d'attrition, affaissés, mais flottants au moindre mouve-

ment. Un léger filet d'eau en dégage des parcelles nombreuses et enlève de petits caillots interstitiels. Mais quelquefois la substance encéphalique environnante a résisté; elle conserve jusqu'à un certain point son intégrité, sa consistance, et le foyer se trouve plus ou moins circonscrit.

Le sang peut rester longtemps dans l'état où l'épanchement l'a laissé, demeurer à demi-liquide ou garder la forme de caillots. Le foyer semble avoir été frappé d'inertie; mais, le plus souvent, quelques changements ne tardent pas à survenir.

On voit apparaître, dès la fin du premier ou dans le cours du deuxième mois, une membrane mince, molle, pulpeuse, d'un jaune-grisâtre, qui enveloppe le sang concrété.

Cette néo-membrane devient plus épaisse, plus consistante; elle s'organise. Un appareil circulatoire s'y développe. Une sécrétion et une absorption s'y opèrent.

On remarque alors un changement dans le sang épanché. Il est remplacé par une sérosité jaunâtre ou roussâtre. Sa partie solide, dissoute, a diminué. Plus tard elle a disparu.

Le foyer se compose, à ce moment, d'une cavité contenant un fluide séreux, trouble, et d'un kyste assez épais, muni de vaisseaux, et adhérant plus ou moins par sa surface externe à la substance cérébrale, devenue plus régulière, mais encore molle et jaunâtre ou brunâtre.

Quelques mois après, le fluide qui avait pris la place du sang, a lui-même diminué; le kyste s'est affaissé. Ses parois tendent à s'unir; des brides ou lamelles celluleuses s'étendent d'un côté à l'autre.

Dans la seconde année, le rapprochement est devenu de plus en plus complet; la cavité est presqu'effacée; une trace linéaire la remplace; le kyste s'est identifié avec la substance encéphalique voisine. Alors aussi cette substance, comme rétractée, est non seulement moins molle, elle est ferme et résistante. C'est là le terme du travail entrepris; c'est la cicatrisation opérée.

Telle est la marche des phénomènes offerts par la partie

de l'encéphale où l'hémorrhagie avait eu lieu. On peut résumer ainsi les phases parcourues :

1° Effusion et coagulation du sang; dilacération et ramollissement du tissu cérébral ambiant;

2° Production d'une néo-membrane;

3° Organisation de cette membrane sous la forme de kyste sécrétant et absorbant; caillot remplacé par un liquide séreux trouble;

4° Affaissement du kyste désempli; brides et lames s'étendant d'un côté à l'autre;

5° Accolement des parois du kyste; disparition partielle ou complète de sa cavité; augmentation de consistance des parties qui l'environnent.

Lorsqu'une néo-membrane se forme dans la cavité de l'arachnoïde autour du sang qui s'y est épanché, elle suit un processus analogue à celui qui vient d'être tracé; mais le kyste demeure plus isolé. S'il se greffe à la face interne de la dure-mère, il ne s'accole que rarement au feuillet viscéral de l'arachnoïde. Ce kyste peut acquérir une épaisseur, une densité, que prennent bien rarement ceux de la substance encéphalique; il ne réussit pas, comme eux, à faire disparaître entièrement le sang épanché, qui souvent se concrète et se transforme en un magma persistant.

Les kystes de la substance encéphalique n'ont jamais beaucoup de densité, si ce n'est aux points qui feraient saillie en dehors de cette substance, et auraient à soutenir le contact d'organes voisins. Le corps strié a donné des exemples de cette disposition.

Le blastème qui doit former la neo-membrane peut s'épancher irrégulièrement, et alors, au lieu d'une enveloppe uniforme, il entoure le caillot de simples lames de formes et de dimensions diverses.

Il est des cas dans lesquels le caillot ne disparaît pas; il se maintient et même semble s'organiser [1]. Je suppose que

[1] Andral, *Anatomie pathologique*, t. II, p. 764.

le blastème s'est accolé à sa surface, a pénétré dans son tissu, s'est identifié avec lui, et l'a doté d'éléments de conservation. Ainsi probablement se forment ces tumeurs hématiques ou d'autres altérations organiques, qui ont pour base un ancien coagulum sanguin.

L'exposition qui précède explique les procédés employés par la nature pour amener la cicatrisation du tissu encéphalique. C'est un acte complexe de réparation, qui montre le tissu successivement dilacéré, infiltré de sang, ramolli, puis ramené à sa consistance première et même la dépassant.

Mais les parties au sein desquelles ce travail s'est accompli se sont parfois ressenties du trouble occasionné, et leur nutrition propre en a souffert. Ainsi, un hémisphère où siégeait un foyer hémorrhagique parvenu jusqu'à la cicatrisation, a souvent diminué de volume et de poids. Il peut peser jusqu'à 120 grammes de moins que son congénère (1).

Rapports entre le siége des foyers hémorrhagiques de l'encéphale et les principaux symptômes de l'apoplexie. — L'encéphale est un organe exactement symétrique, composé de parties impaires ou centrales et de parties paires ou latérales, de forme, de couleur, de volume et de poids semblables.

Les parties impaires ou médianes, très restreintes au cerveau, sont au contraire amples et importantes au cervelet et aux organes subjacents. Il y aura donc lieu de rechercher si les lésions n'y portent pas un caractère particulier.

Les parties paires ou latérales, malgré leur parfaite ressemblance quant à la conformation et à la texture anatomique, ne sont peut-être pas exactement égales au point de vue de leur action, de leur énergie, de leurs lésions, de la fréquence ou des effets de celles-ci.

La nécessité de distinguer les organes situés à droite de ceux situés à gauche se montrera dans plusieurs circonstances.

(1) Baume, *Annales médico-psychologiques*, 1862, p. 541.

En ce qui concerne les hémorrhagies, on voit qu'un côté peut en être un peu plus souvent affecté que l'autre. Ainsi, comparant, dans les diverses localisations, les siéges pairs des hémorrhagies, je trouve les résultats suivants :

	Côté droit.		Côté gauche.
Hémorrhagies méningées	24	...	26
Couche corticale du cerveau	15	...	8
Lobes moyens	63	...	52
— postérieurs	18	...	15
— antérieurs	6	...	10
Corps striés	26	...	33
Couches optiques	23	...	15
Corps striés et couches optiques simultan[t].	24	...	15
Cervelet	14	...	12
Mésocéphale	10	...	10
	223	...	196

Différence, 27 sur 419 cas.

Malgré ces résultats, je suis loin de vouloir déduire des données générales précises, avancer, par exemple, que les hémorrhagies sont plus fréquentes dans le corps strié gauche que dans le droit, et dans le lobe moyen droit que dans le gauche. Les différences obtenues sont peu importantes, et quelques chiffres de plus auraient peut-être rétabli l'équilibre. En outre, dans 170 à 180 cas, les deux côtés ont été affectés parallèlement, et, de plus, des coïncidences ont montré à la fois atteints des points opposés et appartenant à des localisations diverses. Je désire seulement établir que les parties paires de l'encéphale, quoique d'apparence physique semblables, n'ont pas une identité absolue de disposition pathologique. C'était un premier pas à faire dans la recherche du siége de leurs lésions.

Maintenant se présente la question bien plus grave et plus complexe des rapports de ce siége avec les phénomènes observés pendant la vie.

Pour arriver à quelques conclusions exactes, il faut rapprocher les faits et comparer les résultats, en prenant pour

point de départ les principaux symptômes énoncés, et constater à quelles parties lésées ils correspondent.

(Troubles de l'intelligence et des sens.) Quel que soit le siége de l'hémorrhagie encéphalique, le premier effet de la lésion produite est le plus ordinairement la suspension subite de tout acte intellectuel et de toute fonction de la vie extérieure ou de relation. Une solution de continuité circonscrite a donc pu interrompre les opérations de tout un appareil organique. Il est vrai qu'au moment de l'attaque une congestion violente et générale a souvent frappé et engourdi l'ensemble des centres nerveux.

Mais cet ébranlement est passager; la circulation reprend son calme, sa régularité; il ne reste que la lésion locale. Alors, quel que soit le point de l'encéphale lésé, la vie de relation peut se rétablir et l'intelligence reprendre son exercice.

On constate, dans ce retour, qu'il n'est pas un organe plus étroitement, plus intimement lié que les autres à l'exercice de ces fonctions ou de ces facultés. En parcourant, en effet, les observations, je trouve que l'intelligence a repris ou conservé toute son intégrité dans les hémorrhagies de la substance corticale (CLXXV, CLXXXII), dans celles des lobes moyens (12 fois), des lobes postérieurs (4), des lobes antérieurs (4), des corps striés (12), des couches optiques (10), du cervelet (5), du mésocéphale (9).

Mais, dans un certain nombre de cas, l'intellect a été troublé, le *délire* est survenu. Ce phénomène doit-il être spécialement attribué à quelques-unes des localisations affectées? Celles qui l'ont offert le plus souvent sont les méninges (20 cas) et la substance corticale du cerveau (8). Quant aux autres, toutes en ont présenté des cas, mais en petit nombre. Je dois cependant distinguer les lobes antérieurs, qui en ont donné cinq exemples, dont un avec loquacité (CCCLXXXVII), et un autre avec vociférations incohérentes et agitation extrême (CCCXC). Ainsi, les lésions des régions superficielles et antérieures du cerveau sont celles qui s'accompagnent le plus souvent de délire.

Quant aux phénomènes résultant de l'action des *sens*, de la direction des yeux, de l'état des pupilles, des troubles de la vision, je n'ai pu saisir aucun rapport avec les différents siéges des lésions encéphaliques. Tous les ont offerts ; seulement, il m'a semblé que si, dans les hémorrhagies cérébrales et méningées, les pupilles ont été aussi souvent dilatées que resserrées, dans les hémorrhagies cérébelleuses et mésocéphaliques, elles ont été plus souvent contractées que dilatées.

(Perte de la parole.) J'ai fait quelques distinctions quant aux troubles de la parole, à leur intensité et à leur liaison avec celles de l'intelligence. Je borne l'étude actuelle aux cas de véritable *aphasie*, c'est à dire de perte de la parole sans altération très notable de l'intelligence.

Ces cas sont au nombre de 38; parcourons les siéges occupés.

D'abord se présente la substance corticale, qui, chez un sujet, offrait aux deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches les traces d'une lésion ancienne et limitée (CLXXXII), et qui chez un autre était altérée sur les deux hémisphères, principalement sur le gauche, où s'était faite une large effusion sanguine (CXCIX).

Les lobes moyens du cerveau viennent après. Dans six cas, le lobe moyen gauche recélait le foyer hémorrhagique (CCXLIII, CCLX, CCLXI, CCLXVI, CCLXXXII, CCCXXXII), et, une fois, il y avait eu hémorrhagie dans les lobes moyens droit et gauche (CCLXXXV).

Un troisième siége se trouve dans les lobes postérieurs du cerveau, et, dans les deux exemples, c'est au lobe postérieur gauche que la lésion appartenait (CCCLII, CCCLIV).

Ensuite se présentent les lobes antérieurs. Le foyer était encore au côté gauche, formant une cavité plus ou moins large, arrivant jusqu'au voisinage du corps strié ou de la troisième circonvolution frontale, mais sans intéresser la substance corticale (CCCLXXVIII, CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXIII, CCCLXXXVII).

Dans huit cas, c'est le corps strié gauche qui est lésé (CDXIV, CDXXI, CDXXII, CDXXVII, CDXXIX, CDXXXIV, CDXL, CDLIV).

Deux fois, c'est la couche optique gauche seule (DXXVIII, DXXXII), et, chez un autre sujet, il y avait lésion du corps strié en même temps que de la couche optique du côté gauche (DLXXXVIII).

Un individu chez lequel il y avait eu paralysie à gauche, puis hémiplégie droite avec aphasie, a présenté un foyer dans le lobe postérieur droit et une apoplexie capillaire du corps strié droit. Pas de lésion à gauche (CLXXX).

Deux fois le ventricule gauche a été le siége de l'épanchement (DC, DCIII).

Six fois l'hémorrhagie avait son siége dans le mésocéphale. Dans trois cas, cet organe était altéré, principalemeut du côté droit (DCCXXXVII, DCCLXXVII, DCCC); une fois il était anciennement lésé des deux côtés, mais surtout à gauche (DCCXLVI). Le cinquième cas offre une coïncidence de lésion du corps strié gauche et du côté gauche du mésocéphale (DCCCXXVII), et le dernier montre à la fois un foyer dans la couche optique gauche et une extravasation générale dans la protubérance (DCCCXXXI).

A ces faits, il faut ajouter un cas d'hémorrhagie spinale dans lequel la partie moyenne de l'hémisphère gauche du cerveau contenait un foyer apoplectique (DCCCLXII).

Il résulte de cet examen que l'aphasie a été liée à des hémorrhagies de la substance corticale du cerveau, des trois lobes de cet organe, des corps striés et des couches optiques, des ventricules, et enfin du mésocéphale.

On voit que, dans ces différents siéges, la lésion a occupé 31 fois le côté gauche, 4 fois le côté droit (dans l'un de ceux-ci, la paralysie était à droite, ainsi que les foyers sanguins), et 3 fois la lésion affectait les deux côtés, cependant un peu plus le gauche que le droit.

Ainsi, en général, l'aphasie correspond à des siéges variés situés 1° dans le cerveau, ordinairement du côté gauche, et plus spécialement dans l'espace compris entre le ventricule

et la scissure de Sylvius, 2° dans le mésocéphale, au centr ou sur les côtés, et presqu'aussi bien à droite qu'à gauche.

Le cervelet a été étranger à l'aphasie.

Dans l'altération de la parole, à laquelle j'ai cru pouvoi donner le nom d'*hétérophasie,* on a trouvé des foyers hémo rhagiques dans le centre ovale gauche (CCXLVIII), dans l corps strié gauche et la scissure de Sylvius (CDXXXIV) ou l ventricule correspondant, et les deux hémisphères (DLXXV dans l'hémisphère droit et le ventricule gauche (DCIII), o enfin dans le ventricule et le corps strié droits (DCLVI).

On voit ainsi le double rapport de ce symptôme avec l précédent, soit en lui-même, soit par les lésions auxquelle il correspond.

(Paralysies.) Les paralysies, ou pertes du mouvement dan une étendue plus ou moins grande de l'appareil locomoteu correspondent en général à des siéges déterminés et nom breux.

Les hémiplégies, qui forment la variété la plus nom breuse, se sont produites dans toutes les localisations, avec cette circonstance qu'elles ont lieu du côté opposé a siége de l'hémorrhagie.

C'est un fait très anciennement connu, qui a été rend intelligible par les recherches des anatomistes modernes su l'entrecroisement des fibres nerveuses immédiatement a dessous des pyramides antérieures; de sorte que tout lésion survenue dans l'un des côtés de l'encéphale produ son effet sur le système musculaire du côté opposé; tand qu'à l'égard du prolongement rachidien, les lésions latérale n'entraînent la paralysie que du même côté.

Telle est la règle, et elle devrait être, ce semble, cons tante, puisqu'elle repose sur une disposition anatomiqu nécessairement invariable, à moins d'anomalie congénital qu'on ne peut supposer. Cependant, on rencontre de temp à autre des exceptions, c'est à dire, des cas dans lesquel une hémorrhagie intra-crânienne ayant eu lieu d'un côté la perte du mouvement est survenue du même côté.

Sur 854 faits d'apoplexie encéphalique, je découvre les vingt exceptions suivantes :

Les hémorrhagies méningées en présentent cinq (XXXIII, XXXVII, L, LXVI, CIII);

Les hémorrhagies des lobes moyens, six (CCXIX, CCXXI, CCLXVII, CCLXXVI, CCCXIII, CCCXXVIII);

Celles des lobes postérieurs, deux (CCCXLV, CCCXLVII);

Celles des couches optiques, deux (XDIII, DXVI).

Les hémorrhagies du corps strié ont présenté ces trois cas singuliers d'une hémiplégie gauche, avec deux foyers, l'un au corps strié droit, et l'autre au corps strié gauche, celui-ci étant le plus volumineux (CDLXIX); d'une hémiplégie droite, avec deux foyers, l'un dans le corps strié gauche, l'autre en dehors du corps strié droit (CDLXXXI), et de deux paralysies successives, l'une du bras gauche, et l'autre des membres droits, avec deux foyers, l'un ancien dans le lobe postérieur droit, et l'autre récent dans le corps strié également du côté droit (DLXXX).

Dans deux cas d'hémiplégie gauche, on n'a trouvé du sang que dans le ventricule gauche (DCXI, DCXXXIV).

Ces faits exceptionnels ne sont pas les seuls; d'autres sont rapportés par Smetius ([1]), Rostan ([2]), M. Diday ([3]), etc.

On a cherché à expliquer comment cette déviation de la voie ordinaire avait pu s'opérer, et Blandin avait cru résoudre le problème, en supposant que l'influx nerveux avait dû suivre les olives au lieu de passer par les pyramides ([4]). Ce n'est qu'une conjecture.

On a prétendu que le cervelet était étranger à la loi du croisement ([5]). C'est une erreur; dans dix-huit exemples, l'hémiplégie droite ou gauche accompagnait une lésion du lobe opposé du cervelet; plusieurs fois aussi, l'hémiplégie était du même côté que l'hémorrhagie du cervelet; mais il

([1]) Bayle, *Revue médicale*, 1824, t. I, p. 38.
([2]) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, obs. XXIX, p. 112.
([3]) *Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 173.
([4]) Blandin, Thèse, 1824, n° 216, p. 13.
([5]) Rochoux, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. IX, p. 153.

existait, en outre, un foyer dans l'hémisphère opposé du cerveau (DCCXXI, DCCXXII, DCCXXIII). On a cru alors que le cerveau, ayant une puissance supérieure à celle du cervelet, et ces deux organes étant simultanément affectés, mais en des points opposés, le cervelet avait dû céder. C'est peut-être vrai; toutefois, cet antagonisme n'est nullement prouvé, car on voit ailleurs, l'hémiplégie se montrant à droite, la lésion du cerveau se trouver à droite aussi bien que celle du cervelet (DCCXXVI), ou l'hémiplégie, ayant été à gauche, les lésions cérébelleuse et cérébrale avoir existé encore du même côté (DCCXVIII).

Ces variétés de direction et de propagation des effets suscités par les foyers siégeant dans le cervelet, déconcertent sans doute les explications. On s'efforce toujours néanmoins d'en donner.

Ainsi, on a dit que si l'hémiplégie est croisée quand un lobe du cervelet renferme une collection sanguine, ce n'est pas par l'action troublée du cervelet lui-même, mais par la pression que le foyer peut exercer sur le lobe cérébral postérieur contigu ou sur le côté du bulbe rachidien. Reste à savoir si un foyer limité, circonscrit, intérieur, peut se faire ainsi mécaniquement sentir. J'en doute.

On a insisté en disant que les fibres cérébelleuses sont à peu près étrangères à celles qui forment les pyramides antérieures. Cependant, le cervelet a sa part d'influence dans les actes locomoteurs. Ses lésions latérales, on vient de le voir, peuvent enchaîner le mouvement volontaire dans un sens direct ou croisé; rien n'est plus positif. Enfin, les anatomistes, de leur côté, constatent que des fibres émanées du faisceau des pyramides antérieures se portent obliquement en dehors vers les pédoncules cérébelleux moyens; que quelques autres connexions proviennent du faisceau moyen ou innominé, et que des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur s'étendent jusqu'à la couche optique pour former l'étage supérieur du pédoncule cérébral [1]. Au

[1] Hirschfeld et Leveillé, *Névrologie*, pl. XV, fig. 2; pl. XXII, figure et texte, p. 66.

milieu des ténèbres, un faible rayon de lumière réjouit, mais il ne satisfait pas, le but restant encore dans l'obscurité.

Dans quelques cas particuliers, l'hémiplégie a été bornée à *la face*. A quelles circonstances pouvait-on attribuer cette localisation restreinte? Deux observations en donnent des motifs assez faciles à saisir; ainsi, chez un sujet, le foyer hémorrhagique était dans le lobe postérieur gauche; mais le rocher du même côté était profondément altéré, et probablement le nerf facial était compris dans la sphère morbide (CCCLXVI). Chez un autre sujet, le pédoncule cérébral était le siége de la lésion, et c'était du même côté que la paupière supérieure gauche et l'angle des lèvres étaient privés de mouvement (DCCLXXXVI). Deux autres cas d'hémiplégie purement faciale peuvent s'expliquer par le peu d'étendue de la lésion, occupant, chez un sujet, le lobe antérieur gauche (CCCLXXX), chez l'autre le corps strié et la couche optique (DXLI) ; mais un individu pleinement aphasique, que j'ai moi-même observé, et qui n'avait eu d'autre paralysie qu'une légère déviation de la bouche, présentait un large foyer dans le corps strié gauche (CDXXIV); enfin, chez un dernier, le ventricule gauche était le siége principal de l'épanchement sanguin (DCXLIX).

L'hémiplégie *alterne* s'est montrée dans des conditions qu'il est nécessaire de rappeler.

Le premier exemple offre une résolution des membres droits et de la moitié gauche de la face. Il y avait un épanchement de sang dans l'arachnoïde déprimant l'hémisphère gauche, le droit étant demeuré sain (XVII). Ce fait est dû aux frères Wenzel, c'est dire qu'il fut observé avec le dernier degré de l'exactitude.

Un deuxième consiste dans la paralysie des membres droits et de la moitié gauche de la face. Il existait plusieurs foyers dans les deux lobes moyens du cerveau (CCLXXXVII).

Le troisième offre une paralysie du bras gauche et du côté droit de la face. Épanchement de sang dans le ven-

tricule latéral gauche; le droit contenant de la sérosité (DCXXXIV).

Chez un quatrième individu, l'hémiplégie s'était emparée des membres gauches et du côté droit de la face. Lésions nombreuses; foyers hémorrhagiques dans le lobe postérieur droit du cerveau, le corps strié, le lobe droit du cervelet; en outre, déformation du grand trou occipital, hypertrophie de l'odontoïde, atrophie du nerf facial droit et de la sixième paire, compression de la moelle et de l'hypoglosse gauche (DCCXXV). Il est difficile de saisir, dans ces désordres variés, ceux qui ont un rapport déterminé avec tel ou tel phénomène.

Dans ces quatre cas, l'hémiplégie alterne ne dépendait nullement d'une lésion du mésocéphale, tandis que, dans les suivants, c'est à cet organe qu'elle va surtout se rapporter; mais ce siége est loin d'offrir une disposition uniforme et constante. C'est, au contraire, sous des modes assez différents qu'il se présente.

1° Le foyer hémorrhagique occupe un des côtés de la protubérance annulaire, qui, dans ce point, a augmenté de volume. Les nerfs trifacial, facial, acoustique du même côté peuvent en avoir été comprimés (DCCXXXVI, DCCXXXVII, DCCXLV);

2° Le mésocéphale est affecté dans sa région centrale, et le foyer s'est rompu dans le quatrième ventricule (DCCLXVIII, DCCLXXVII);

3° L'hémorrhagie s'est effectuée dans l'un des pédoncules cérébraux, comprimant ou déviant plus ou moins le nerf de la troisième paire, oculo-musculaire commun (DCCLXXXVII, DCCLXXXIX);

4° Le foyer hémorrhagique situé dans le mésocéphale s'étendait dans l'un des pédoncules cérébraux (DCCXCV) ou dans l'un des pédoncules cérébelleux (DCCXCVI);

5° Avec l'hémorrhagie du mésocéphale en petits foyers distincts, ou avec un épanchement dans le quatrième ventricule, coïncidait un foyer soit dans l'un des lobes cérébraux (DCCCXXI), soit dans l'un des corps striés (DCCCXXIII, DCCCXXVIII).

Dans ces diverses formes ou variétés, la paralysie des membres est toujours en rapport croisé avec le siége du foyer cérébral, pédonculaire ou mésocéphalique, lorsque ce foyer est situé d'un côté, et la paralysie de la face résulte de l'action directe du foyer sur les nerfs qui l'avoisinent. Aussi cette hémiplégie faciale est-elle différente, selon que la compression s'exerce sur le moteur commun, comme dans l'hémorrhagie d'un pédoncule cérébral, ou sur le facial, comme dans celle de la partie inférieure et latérale du mésocéphale. Il y a lieu, en effet, dans la paralysie latérale de la face, de distinguer : la perte du mouvement de la paupière supérieure avec abduction de l'œil; et la déviation de la bouche.

Tels sont les documents positifs que l'observation a pu recueillir concernant l'hémiplégie alterne, phénomène morbide sur lequel l'attention a été, dans ces dernières années, appelée par M. Millard (1), par M. Gubler (2), par M. Vulpian (3), par M. Édouard Cruveilhier (4).

On a supposé que cette hémiplégie bi-latérale tenait à une position spéciale du siége de l'hémorrhagie dans le mésocéphale, affectant les nerfs faciaux après leur décussation, c'est à dire du côté de leur émergence. Mais de nombreux faits échappent à cette théorie trop étroite. On vient de voir combien sont variés les siéges occupés par les foyers hémorrhagiques dans les cas d'hémiplégie alterne. Plusieurs fois il a été possible de reconnaître le point ou la lésion directe des nerfs destinés pour la face a pu se produire; mais souvent ces nerfs sont restés en dehors de la sphère d'action des foyers.

Indépendamment des exemples rapportés, je pourrais en citer encore un dans lequel l'hémorrhagie très circonscrite était située à la partie supérieure de la moelle épinière dans

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 217.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 749, etc.; 1858, p. 721, etc.
(3) *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1858, p. 172.
(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 321.

sa région cervicale, et n'avait aucun rapport avec le mésocéphale et le cerveau (DCCCLVI).

On a remarqué que dans l'hémiplégie ordinaire, en même temps que la face se dévie du côté sain, la *langue dirige sa pointe du côté paralysé*. Est-ce que là se trouverait quelque chose d'analogue à la paralysie alterne? Mais la déviation se fait, par suite de l'action isolée du muscle genio-glosse du côté sain, le muscle opposé étant compris dans l'hémiplégie. Cette explication, donnée par Lallemand ([1]), est assez plausible; mais lorsque la langue se détourne du côté sain, ainsi que j'en ai cité huit exemples, comment rendre raison de ce résultat opposé?

Il est très rare de voir les *deux membres supérieurs* paralysés isolément. Dans l'un des deux cas rapportés, la couche corticale présentait plusieurs petits foyers sur l'hémisphère droit, sur l'hémisphère gauche et même sur le cervelet (CLXXXIII), et, dans l'autre, il existait un foyer dans le centre de l'hémisphère gauche (CCXXII).

Quant à la *paralysie des deux membres* inférieurs, c'est à dire la *paraplégie,* c'est un symptôme fréquent dans les maladies de la moelle épinière. On l'a vue aussi chez un petit nombre de sujets atteints d'hémorrhagie méningée ou corticale, ou ventriculaire.

La *paralysie des quatre membres* s'observe dans les hémorrhagies méningées, lobaires, ventriculaires, cérébelleuses, spinales, mais surtout dans les hémorrhagies du mésocéphale.

(Spasmes cloniques et toniques.) Le spasme est un phénomène diamétralement opposé à la paralysie, et cependant le même membre peut être à la fois paralysé et rigide, contracturé ou même agité de mouvements convulsifs. La perte de la myotilité volontaire n'entraîne pas la perte de la contractilité organique, ou irritabilité nerveuse et fibrillaire. Les actions réflexes témoignent le plus souvent de la conservation de cette propriété.

([1]) Lebidois, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 167, p. 35.

L'influence exercée par les centres nerveux dans la production des spasmes cloniques suit des directions diverses, selon les circonstances, qu'il est souvent difficile d'apprécier. Je constate seulement les rapports suivants :

1° Les convulsions sans coïncidence de paralysie peuvent se produire d'un côté, alors que la lésion se trouve du côté opposé. C'est ce qu'on a remarqué dans un petit nombre de cas d'apoplexie méningée (XLI, XLII, LXXXIX).

2° Je trouve un cas où les convulsions d'un côté, sans aucune paralysie, répondaient à un foyer du même côté (CCLVI).

3° Quelquefois, les convulsions se sont produites du même côté que la paralysie; le foyer apoplectique étant du côté opposé (CCXLII, CCLIV, CCLXI, CCLXXI, CCCXXXIV).

4° Il a été plus fréquent d'observer les convulsions d'un côté et l'hémiplégie de l'autre. Le foyer hémorrhagique était alors du même côté que les convulsions (L, LXV, LXXV, CLXXXIV, CXCIX, CCXVIII, CCXXXII, CCXXXVIII, CCXXXIX, CCXLVII, CCCXI, CCCLXXIII, CCCLXXXVII, CDLXVIII, CDXC, CDLXVIII). Je ne connais qu'une exception : c'est même l'une de celles déjà citées, dans laquelle l'hémorrhagie et la paralysie étaient du même côté (CDXCIII).

(Sensibilité.) On sait que tantôt les parties privées de mouvement conservent leur sensibilité, tantôt la perdent; que la sensibilité s'altère quelquefois sans que la motilité soit notablement modifiée. En quoi l'anatomie pathologique peut-elle expliquer ces différences?

Afin de diminuer les difficultés de la solution, il est bien d'écarter les cas complexes, et de s'adresser à ceux peu communs dans lesquels la sensibilité a été seule ou presque seule lésée.

Dans quelques cas où la sensibilité était notablement infirmée dans les membres, on a trouvé un épanchement plus ou moins large ayant envahi la périphérie de l'encéphale (CXXVI, CXXXVIII, CCXV). Chez un sujet dont le bras droit était insensible, sans paralysie, le lobe gauche du cervelet était comprimé par un kyste sanguin (CXXXV); deux fois,

l'insensibilité portant sur les membres gauches, la couche optique gauche était le siége de l'hémorrhagie (DI, DXVIII). Dans un autre cas, avec l'insensibilité du côté droit, coïncidait une lésion complexe de la substance corticale, des deux hémisphères et des corps striés (CXCII).

Avec une hyperesthésie cutanée générale et très prononcée, il existait un large caillot sur l'hémisphère droit du cerveau (LXXIV); une autre fois, avec l'hyperesthésie du côté gauche, se trouvait un épanchement sanguin sur les deux lobes postérieurs du cerveau, pénétrant dans les anfractuosités (CXXVII); dans un autre cas de sensibilité exagérée du côté gauche et de paralysie du côté droit, le corps strié gauche recélait le foyer hémorrhagique (CDXXVI).

Dans deux cas d'aberration de la sensibilité, il y avait chez un individu, dont la jambe droite ressentait quand on la touchait une impression de glace, une cavité hémorrhagique entre le corps strié et la couche optique gauches; et chez l'autre sujet atteint de démangeaison fatigante de la joue gauche, un épanchement dans les deux ventricules latéraux (DXXVIII, DCV).

Ces exemples montrent qu'il n'y a rien de fixe dans les relations des troubles de la sensibilité et du siége des hémorrhagies; que, cependant, la périphérie du cerveau et celle du cervelet, les corps striés et les couches optiques, paraissent entretenir quelques rapports assez étroits avec les lésions de cette propriété.

(Vomissement.) Le vomissement qui a lieu au début ou dans le cours de l'apoplexie peut se montrer dans toutes les localisations des hémorrhagies; mais c'est surtout dans celles du cervelet et du mésocéphale qu'on le voit se produire le plus souvent.

(Dysphagie.) C'est encore un symptôme assez fréquent et d'une grande importance. On le rencontre dans toutes les localisations, excepté dans les hémorrhagies de la substance corticale; mais on l'a observé dans celles des méninges, surtout quand le sang était largement répandu; dans les

hémorrhagies lobaires et dans celles des corps striés et des couches optiques, principalement quand le foyer s'était ouvert dans les ventricules; mais il est moins commun lorsque les ventricules sont affectés par eux-mêmes. La dysphagie a été notée dans quelques hémorrhagies du cervelet, spécialement quand cet organe était lésé au centre et que le foyer s'était rompu; enfin, on l'a vu également dans quelques hémorrhagies mésocéphaliques, et surtout quand le foyer s'étendait dans les pédoncules.

(Troubles de la respiration.) Dans toutes les séries de faits, on rencontre à chaque pas des indices d'un trouble de la respiration. A la fin de la maladie, la gêne est extrême, les voies aériennes s'embarrassent de plus en plus; mais une dyspnée précoce accompagne d'une manière particulière les hémorrhagies du mésocéphale et de la partie supérieure du prolongement rachidien. La respiration alors est lente ou saccadée, haute, irrégulière, suspirieuse, anxieuse, stertoreuse; quelquefois, les mouvements du thorax s'arrêtent; l'asphyxie est imminente, ou même elle fait plus que menacer, elle tue. Il y a donc entre ce symptôme et les siéges hémorrhagiques un certain rapport.

(Excitation génitale) Il y a eu excitation plus ou moins vive des organes génitaux dans les hémorrhagies du cervelet; mais il faut remarquer que c'est principalement dans les lésions du centre de l'organe que ce phénomène s'est produit; il ne s'est manifesté que dans un seul cas d'affection d'un lobe, et encore momentanément (DCLXVIII); tandis que chez sept individus, dont le cervelet était lésé au centre, il y a eu érection et même parfois émission spermatique (DCXCIV, DCXCVII, DCXCIX, DCC, DCCII, DCCV, DCCVII). On a trouvé aussi chez des femmes, atteintes d'hémorrhagies du cervelet, les ovaires tuméfiés et l'utérus plus ou moins gorgé de sang (DCLXXXIX, DCXCI, DCCIII). Dans un cas d'hémorrhagie spinale, il y a eu un priapisme intense pendant vingt-quatre heures. L'hémorrhagie correspondait à l'origine des deuxième et troisième paires dorsales (DCCCLXIX).

§ V. — Diagnostic des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

a. — **Diagnostic direct.** — Ce chapitre doit offrir la récapitulation fort succincte des précédents résumés, c'est à dire qu'il doit réunir les points les plus saillants et les plus propres à faire reconnaître et distinguer les diverses sortes d'hémorrhagies des centres nerveux.

Mais il faut d'abord avoir un type, et je le trouve dans les hémorrhagies cérébrales, qui sont les plus fréquentes; puis on pourra lui comparer les hémorrhagies méningées, cérébelleuses, etc.

I. *L'hémorrhagie cérébrale,* considérée dans les siéges divers qu'elle peut affecter, et réduite à son expression séméiologique la plus simple, se reconnaît ordinairement à cette double manifestation : perte subite de connaissance, hémiplégie. A l'aide de ces caractères, dont l'évidence frappe le vulgaire lui-même, l'attaque apoplectique est qualifiée.

Mais un de ces deux caractères peut manquer ou d'autres phénomènes peuvent se produire; le diagnostic est alors moins facile.

Dans cette conjoncture, on interroge les prodromes; on découvre quelquefois que le malade a éprouvé de la pesanteur, des maux de tête, de la somnolence, de l'engourdissement dans un membre, etc.

Si l'attaque n'a pas été marquée par la perte de connaissance, il y a eu souvent à sa place des vertiges, un étourdissement, des mouvements spasmodiques; en un mot, quelques effets d'un trouble subit de l'innervation.

Quand l'hémiplégie manquait, il est parfois survenu des convulsions, une contracture, ou quelque autre spasme.

Dans ces attaques, qu'on peut considérer comme légères, la face garde sa régularité, les pupilles leurs dimensions, l'intelligence et la parole leur netteté, la respiration, le pouls, les évacuations un état presque normal. Mais la paralysie

ou la contracture subsiste et atteste que le cerveau n'a pas recouvré son intégrité.

Les cas plus graves présentent, outre ces symptômes, une diminution de la sensibilité, de l'activité des sens et de l'intelligence, la déviation de la face, la dilatation ou la contraction des pupilles, la gêne de la respiration.

La maladie étant plus intense, par suite d'une plus large effusion sanguine et d'une compression plus forte de la substance cérébrale, des signes plus prononcés se manifestent; tels sont : le coma, la résolution des membres, l'insensibilité générale, la dysphagie, le stertor, la faiblesse, la lenteur du pouls.

J'ai indiqué quelques-unes des différences que présentent les symptômes des hémorrhagies de la substance corticale ou des lobes cérébraux, des corps striés et des couches optiques, et des ventricules Je ne peux y revenir dans cet aperçu général; mais il me semble utile d'y renvoyer, afin que les nuances puissent être saisies, par exemple entre les hémorrhagies des couches optiques, provoquant souvent des phénomènes spasmodiques, et celles des corps striés, causant plus souvent l'hémiplégie sans contracture, l'aphasie, etc.

II. Les *hémorrhagies méningées* offrent quelques particularités qui les distinguent sous le rapport du diagnostic.

1° Elles affectent surtout les enfants, les vieillards, les aliénés ou les individus atteints de paralysie générale;

2° Elles débutent souvent par des symptômes assez analogues à ceux de la méningite aiguë : la céphalalgie, le délire, les convulsions, les vomissements, le strabisme, l'assoupissement, etc.;

3° La paralysie, qu'on avait crue étrangère à la symptomatologie de l'apoplexie méningée, en est un indice assez fréquent, présentait quelques différences, selon que l'hémorrhagie s'est faite sur les deux hémisphères ou sur un seul.

Dans le premier cas, la mort peut être rapide ou la paralysie des membres exister des deux côtés ou d'un seul, ou ne pas avoir lieu du tout.

Dans le second, il y a assez souvent hémiplégie ou convulsions affectant le côté opposé à l'hémorrhagie, ou une simple faiblesse des membres.

La paralysie n'est pas, dans l'hémorrhagie méningée, un symptôme aussi constant que dans l'hémorrhagie cérébrale; mais il n'y manque pas.

Dans les cas légers, ou lorsque l'état du malade s'est amélioré, on observe encore quelques indices d'un trouble dans l'exercice des fonctions; comme une certaine apathie intellectuelle, la dilatation des pupilles, l'embarras de la langue, une marche mal assurée, vacillante.

III. Le diagnostic des *hémorrhagies du cervelet* a été étudié avec soin par M. Bouillaud ([1]), par M. Hillairet ([2]), par M. Brown-Séquard ([3]). Si j'en recherche les bases dans les faits nombreux relatés, je constate que, parmi les phénomènes caractéristiques, se trouvent : une céphalalgie intense, rapportée surtout à la région occipitale, obligeant parfois le sujet à une complète immobilité; des vomissements tendant à se reproduire dans le cours de la maladie; la stupeur, la somnolence, l'embarras de la parole, l'affaiblissement de la vue, avec dilatation et plus souvent contraction des pupilles; la paralysie des membres droits ou gauches, ou un état de faiblesse musculaire portant principalement sur les membres inférieurs, ou se montrant plus prononcée à un bras ou à une jambe. M. Brown-Séquard a mis l'absence de paralysie de la face au nombre des indices de l'apoplexie du cervelet; mais, huit fois, l'hémiplégie s'est étendue à cette région, quelquefois bornée à la simple déviation de la commissure des lèvres, mais, d'autres fois, très prononcée. La contracture a été très rare et de courte durée dans les apoplexies cérébelleuses; mais les phénomènes spasmodiques, les mouvements convulsifs, les tressaillements, se sont montrés assez fréquemment.

([1]) *Union médicale*, 1859, t. II, p. 535.
([2]) *Archives*, 5e série, t. XI, p. 411 et 549.
([3]) *Lancet*, nov. 2, 1861 (half yearly abstract, t. XXXVII, p. 61).

On a noté, mais très rarement, une disposition du tronc et des membres à exécuter des mouvements de rotation. Plus souvent, il n'y avait que de la faiblesse; de là, une marche peu solide et vacillante, irrégulière ou sautillante, et des chutes fréquentes par défaut de coordination des mouvements.

Un phénomène spécial a été noté dans l'hémorrhagie du centre du cervelet : c'est l'érection, parfois l'émission du sperme; mais, souvent, ce symptôme était entièrement absent. Par ce motif, il a perdu de la valeur que Valsalva, Morgagni et Serres lui avaient attribuée.

IV. Le diagnostic des *hémorrhagies du mésocéphale*, attentivement établi par MM. Bell (1), Josias (2), Kirchberg (3), Millard (4), Gubler (5), Larcher (6), etc., repose sur les indices suivants : Céphalalgie intense affectant surtout l'occiput ou le sommet de la tête, stupeur, vomissements ou tolérance outrée de l'estomac; coma, ou intelligence intacte et parole facile; pupilles inégales, plus souvent resserrées que dilatées; diplopie (7); convulsions et spasmes se rattachant surtout aux lésions du centre du mésocéphale, des pédoncules cérébelleux, à l'épanchement sanguin dans le quatrième ventricule; paralysie ayant envahi les quatre membres simultanément ou successivement; paralysie uni-latérale, ou hémiplégie; paralysie bi-latérale ou hémiplégie alterne formant un des traits les plus caractéristiques de cette hémorrhagie; troubles profonds de la respiration, souvent comme enrayée; gêne ou impossibilité de la déglutition.

V. Trop peu d'exemples d'hémorrhagies du bulbe rachidien ont été recueillis pour qu'on puisse établir les bases du

(1) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1834, nº 224, p. 11.
(2) *Idem*, 1851, nº 162, — et *Archives*, 4e série, t. XXX, p. 217.
(3) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1855, nº 202.
(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 206; 1856, p. 217.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 749 et suiv.; 1858, p. 721 et suiv.
(6) *Pathologie de la protubérance annulaire*. Paris, 1868.
(7) Brown-Sequard, *Medical Times and Gazette*, 1862, april 2 (half yearly abstract, t. XXXVI, p. 61).

diagnostic. Seulement, il est présumable que la mort doit suivre de très près la lésion subite de cet organe, surtout de sa partie centrale.

VI. Les signes des hémorrhagies de la moelle épinière sont : des douleurs profondes dans le rachis, des mouvements convulsifs d'un ou de plusieurs membres; la paralysie, rarement d'un membre ou des membres d'un côté, plus souvent celle des deux membres inférieurs. La paralysie peut affecter spécialement la sensibilité ou la myotilité, selon que le foyer occupe la partie postérieure ou antérieure du cordon rachidien. La paralysie, affectant les deux membres inférieurs, peut s'étendre aux supérieurs, aux parois thoraciques, selon la hauteur du foyer hémorrhagique. Elle frappe le plus souvent la vessie et le rectum.

b. — Diagnostic indirect ou comparatif. — Les hémorrhagies encéphaliques ont des ressemblances symptomatologiques avec différents états morbides.

L'attaque apoplectique, qui signale l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale, peut être simulée par l'un des états suivants :

Une *syncope,* en tant que la sensibilité, la motilité sont suspendues, en même temps que le pouls a faibli au point de disparaître; la circulation capillaire de la face semble arrêtée, d'où une profonde pâleur. Mais bientôt cet état se dissipe, et les sens, les mouvements, la coloration se rétablissent. Dans l'hémorrhagie, le rétablissement n'a pas lieu, ou il est incomplet.

L'*anémie* peut produire un état analogue, c'est à dire suspendre momentanément le cours du sang, l'exercice de l'intelligence, la locomotion, etc. Cet arrêt des fonctions peut se prolonger. Les antécédents en font connaître les motifs.

L'invasion des accidents causés par l'*embolie* cérébrale ressemble beaucoup à celle de l'hémorrhagie, car, à la perte de connaissance, se joint l'hémiplégie. Aujourd'hui, le dia-

gnostic est éclairé par l'appréciation de l'état morbide du cœur, par la présence présumée des concrétions dans cet organe. L'âge du sujet, l'absence des causes ordinaires des hémorrhagies, la soudaineté de l'accident, donnent des indices utiles. On a aussi remarqué que la perte de connaissance est moins complète que dans les cas d'hémorrhagie. On comprend combien il importe de distinguer ces cas, une erreur devant avoir, quant au traitement, les conséquences les plus sérieuses.

L'*apoplexie* appelée *nerveuse* ressemble beaucoup à celle par hémorrhagie : perte de connaissance, immobilité ou roideur spasmodique, insensibilité, resserrement ou dilatation des pupilles, etc.; mais, dans la première, le visage est moins altéré, rarement vultueux; la respiration moins gênée, la résolution des membres moins prononcée, et quand la mort n'a pas lieu immédiatement, la paralysie se dissipe assez vite.

La *congestion encéphalique apoplectiforme* a une grande ressemblance avec l'apoplexie par hémorrhagie; mais ici l'erreur serait sans conséquences très fâcheuses. Dans les premiers moments, la similitude peut être parfaite; mais quand le malade reprend connaissance, s'il y a eu effusion sanguine, il reste ordinairement une paralysie; tandis que, s'il n'y a eu que congestion ou coup de sang, l'état normal se rétablit assez bien, surtout relativement aux fonctions locomotrices.

L'*intoxication* par les *narcotiques* offre encore des analogies avec l'apoplexie sanguine et la congestion cérébrale; mais les accidents ne sont pas aussi subits, le coma en constitue le phénomène dominant; il n'y a pas de paralysie, c'est plutôt un affaissement général, avec vive réaction de l'appareil circulatoire.

L'*intoxication alcoolique,* dans sa forme très aiguë, ressemble à l'attaque apoplectique violente : même insensibilité, même perte du mouvement; mais le sujet, empoisonné par des spiritueux, exhale ordinairement une odeur qui fait

reconnaître cette cause, et s'il vomit, on se confirme dans cette présomption. Cependant, il est possible, comme nous en avons des exemples, que le sujet, atteint d'une véritable apoplexie, ait pris, peu d'instants avant, quelques gorgées de liqueur alcoolique, laquelle donne alors à son haleine ou aux matières vomies une odeur caractéristique. Il ne faut donc pas s'en tenir à ce simple indice pour juger qu'il ne s'agit que d'un état d'ivresse. Il faut y regarder de plus près et veiller à la manifestation des symptômes qui peuvent mieux asseoir le diagnostic.

Les *fièvres pernicieuses* prennent quelquefois la forme apoplectique ; mais la périodicité des accidents n'échappe pas au praticien attentif, et ne lui permet pas de commettre une méprise qui serait fatale.

L'*asphyxie* produit, comme l'apoplexie, la perte de connaissance; mais la suspension complète de la respiration, la lividité de la face, l'arrêt des battements du cœur, permettent de distinguer ces états morbides.

Les comparaisons que je viens de faire se rapportent surtout à l'attaque apoplectique, mais il en est d'autres qui peuvent s'établir lorsque l'hémorrhagie est censé exister depuis quelques jours. Les lésions pathologiques qui peuvent entrer en parallèle sont la cérébrite, l'épanchement séreux dans les ventricules, le ramollissement cérébral, diverses maladies organiques; mais, pour rendre plus exact ce diagnostic comparatif, il sera bien d'avoir étudié, avec leurs phénomènes ordinaires, ces diverses sortes d'affections; alors, il sera possible de mieux en saisir les différences.

§ VI. — Prognostic des hémorrhagies encéphaliques et rachidiennes.

Le prognostic de ces maladies varie selon le siége présumé ou réel de la collection sanguine. Le bulbe tient le premier rang quant à la gravité; puis viennent le mésocéphale, la moelle épinière et le cervelet. Les méninges occupent la dernière place.

Mais ce n'est là qu'un premier aperçu. L'étendue du foyer hémorrhagique entraîne des différences très grandes. Une petite lésion dans l'un des premiers organes cités sera moins grave qu'une large déchirure opérée dans le cerveau. Si le foyer s'ouvre dans un ventricule ou sous la pie-mère, le danger devient plus grand encore.

La curabilité des apoplexies sanguines encéphaliques a été mise hors de doute par des faits nombreux. On a pu suivre la série des procédés dont se sert la nature pour opérer la cicatrisation des foyers hémorrhagiques. Le mésocéphale lui-même s'est montré susceptible de réaliser des réparations de ce genre. Mais il faut, pour atteindre ce but, des conditions favorables d'âge, de constitution, d'influences hygiéniques, etc.

L'âge avancé est une circonstance défavorable. L'obésité, l'intempérance, l'abus des alcooliques, l'excès des plaisirs vénériens constituent des causes d'aggravation.

Il en est de même de quelques états morbides antérieurs, comme les maladies du cœur, du foie, des reins, la goutte.

L'apoplexie est plus fâcheuse quand des vertiges fréquents, une céphalalgie opiniâtre l'ont précédée et l'accompagnent. Ces symptômes dénotent une disposition maladive ancienne de quelque point de l'encéphale; et, d'autres fois, elle a paru d'autant plus funeste, qu'elle n'avait été amenée par aucun avant-coureur, et qu'elle survenait au milieu des apparences d'une très bonne santé [1].

Quelques-uns ont cru qu'une première attaque d'apoplexie n'était jamais mortelle; qu'une seconde mettait en danger, et que la troisième était ordinairement sans appel. Cette progression n'est pas toujours suivie, et très souvent la première attaque est la dernière.

Une perte de connaissance subite et prolongée est un signe grave. Mais j'ai vu l'apoplexie se terminer en trois

[1] Car. Jos. Muller, *De Prognosi Apoplexiæ*. Halæ, 1792. (Schlegel, *Thesaurus Semiotices*. Stendaliæ, 1802, t. III, p. 68.)

jours par la mort chez un sujet qui conserva son intelligence dans les premières heures de l'attaque.

Les convulsions, précédant la paralysie ou l'accompagnant, donnent la présomption d'un désordre grave. La contracture est moins fâcheuse, surtout quand elle n'arrive pas dès les premiers jours.

La gêne ou l'impossibilité de la déglutition a été signalée comme étant d'un fâcheux augure [1]. J'ai fait plusieurs fois la même remarque.

Les évacuations involontaires sont des signes fâcheux, mais moins que dans les maladies qui ne paraissent pas aussi directement altérer l'intellect, la sensibilité et la motilité.

La perte de la voix et de la parole n'est pas une circonstance inquiétante, comme Lancisi l'avait annoncé [2].

Les troubles profonds de la respiration, le stertor, donnent un élément essentiel de prognostic. Ils dénotent un haut degré de gravité.

Hippocrate a dit que ceux qui sont pris de céphalalgie, de perte de la parole et de respiration stertoreuse, périssent en sept jours, à moins que la fièvre ne survienne [3]. On a appliqué cet aphorisme à l'apoplexie, et le jugement d'Hippocrate a été adopté par Celse [4], Arétée [5], Prosper Alpin [6], Richter [7], etc. Mais était-ce l'hémorrhagie encéphalique qu'Hippocrate avait voulu désigner? On peut en douter. La fièvre, qui résout un spasme, ne détruit pas un épanchement sanguin. Elle est plutôt l'indice d'un travail inflammatoire qui ne saurait inspirer de la sécurité. Toutefois, une coïncidence phlegmasique n'est pas commune; on ne rencontre que rarement un abcès à proximité d'un foyer hémorrhagique (CCXLI).

(1) Marshall Hall, *Medical Times*, t. VII, p. 200.
(2) *De Repentinis morbis.* (*Opera*, t. I, p. 106.)
(3) Aph. 51, sect. VI.
(4) *De Re Medica*, lib. III, cap. V.
(5) *De Curat. acut.*, lib. I, cap. IV, p. 82.
(6) *De Præsag. vita et mort.*, p. 120.
(7) *Opuscula*, t. I, p. 315.

On a attribué la guérison de l'apoplexie à des efforts critiques, comme un flux hémorrhoïdal, le ptyalisme, le dévoiement, etc. [1]. Ces phénomènes morbides peuvent coïncider avec une amélioration notable, mais sont loin de porter les caractères d'une véritable crise, c'est à dire d'un concours efficace donné à la solution heureuse et définitive de la maladie. Ce n'est pas rapidement que peut guérir un foyer hémorrhagique ; le temps est nécessaire à la successive modification et à la réparation du tissu encéphalique profondément altéré.

Il est des coïncidences qui donnent au prognostic une gravité spéciale ; telles sont les affections du cœur, qui rendent les récidives presque inévitables lorsque le sujet a résisté à une première attaque. Les maladies de l'estomac, du foie, des reins sont encore des complications fâcheuses.

L'érysipèle, que Muller paraît avoir regardé comme critique, tantôt hâte la mort, tantôt parcourt ses périodes sans modifier la marche de l'apoplexie, et parfois paraît l'améliorer. Parmi les faits de cette dernière catégorie, je peux citer celui d'une femme âgée de quarante-six ans, non réglée depuis trois ans, ayant éprouvé une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie affectant surtout le bras gauche. Quelques jours après l'entrée de cette femme à l'hôpital Saint-André, il survint à l'oreille droite de la rougeur, de l'empâtement : c'était un commencement d'érysipèle. Deux jours après, il parut sur la joue gauche une plaque rouge qui gagna bientôt le front, la tempe et une partie du cuir chevelu. L'état de cette malade semblait notablement aggravé. Des phlyctènes s'étaient manifestées sur la face, et avaient formé des croûtes brunâtres ; la langue était couverte d'un enduit sec et brun. Néanmoins, vers le neuvième jour, la desquammation commença. La paralysie n'avait point augmenté ; au contraire, le bras était moins faible, et la malade put, quelques jours après, rentrer dans sa famille.

(1) Muller, *De Prognosi Apoplexiæ*. *L. c.*, p. 72.

§ VII. — Traitement des hémorrhagies encéphaliques et rachidie

Le traitement de l'apoplexie, assez généralement consi comme facile à prescrire, peut offrir des difficultés di de toute l'attention du praticien. Il ne saurait être ind d'une manière banale. Il doit être subordonné aux tem la maladie et aux circonstances principales qu'elle offrir. Je crois nécessaire d'en examiner les moyens e applications diverses dans les conditions suivantes : L' plexie est imminente. L'attaque vient d'avoir lieu. symptômes graves se sont produits. Une amélioration manifestée, mais une récidive est à redouter. La para persiste. L'hémorrhagie paraît être méningée. Elle rachidienne.

I. *L'apoplexie est imminente.*

On a vu, dans presque toutes les variétés de siég l'hémorrhagie encéphalique, des phénomènes prodromi se manifester. Le plus souvent, ce sont des indices de thore ou de congestion cérébrale.

Si l'âge et la constitution du sujet permettent de c voir quelques craintes d'effusion sanguine, si les rensei ments donnent des preuves d'influence héréditaire importe de soumettre immédiatement le malade aux pr tions suivantes :

1° Éviter toute fatigue intellectuelle ou les occupa pendant lesquelles la tête est longtemps inclinée et chée.

4° Faire chaque jour, en plein air, un exercice modéré, selon la mesure des forces; éviter alors l'action des rayons du soleil sur la tête.

5° Ne pas coucher dans une chambre étroite où la température de l'air s'élève facilement, ni dans un lit chaud, entouré de rideaux, muni de couvertures épaisses, d'édredon, etc. Rechercher des conditions opposées, et tenir la tête élevée autant que possible.

6° Ne point se livrer aux rapprochements sexuels.

7° Observer un régime sévère, composé d'aliments légers, non excitants, pris froids et en quantité restreinte. Ne boire que de l'eau pure.

8° Tenir le ventre libre par des lavements plus ou moins laxatifs, s'il ne l'est pas naturellement. Ce moyen rend inutiles les purgatifs, qui peuvent n'être pas sans inconvénient.

9° Convient-il de tirer du sang? Si un flux hémorrhoïdal ou menstruel avait été récemment supprimé, l'application de quelques sangsues à l'anus serait indiquée et probablement utile. En serait-il de même de la phlébotomie, d'une copieuse saignée du bras, par exemple, dans les circonstances où l'on peut présumer qu'une apoplexie est imminente? Une décision à cet égard est grave et doit être mûrement pesée. On a vu assez fréquemment une saignée dite *préventive* ou *de précaution* être suivie d'une forte attaque, qu'elle n'avait pu prévenir, et qu'elle avait peut-être provoquée [1]. Une émission sanguine cause, en effet, un ébranlement dans l'appareil circulatoire et entraîne une réaction dont il n'est pas toujours facile de mesurer la portée, ni possible d'arrêter les conséquences. Il faut donc y mettre une grande prudence. Je ne me suis décidé, en pareille occurrence, que si l'âge du sujet, sa constitution robuste m'y autorisaient, et si la céphalalgie, la pesanteur de tête, la rougeur de la face,

[1] Aussagnel, *Revue médico-chirurgicale*, t. XIII, p. 37. — Voillot et Marquette, *Ibidem*, t. XV, p. 220. — Rigons-Sterne, *Ibidem*, t. XVIII, p. 224. — Putégnat, *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 145.

les vertiges, la tendance à l'assoupissement ne laissaient aucun doute sur la menace d'une forte congestion cérébrale. Dans ce cas, j'ai donné la préférence à la saignée du pied. Elle ne produit pas seulement la déplétion des vaisseaux, elle opère une révulsion efficace par la turgescence que le pédiluve détermine dans les veines des membres inférieurs. Je crois avoir été souvent utile en faisant pratiquer ce genre d'émission sanguine, auquel je n'ai jamais vu d'inconvénient quand il paraissait bien indiqué.

10° Faut-il donner au malade quelqu'une de ces eaux aromatiques, de ces infusions de sauge ou autres labiées, de ces élixirs décorés du titre pompeux d'anti-apoplectiques? Tous ces remèdes doivent être enveloppés dans une commune réprobation, comme inutiles ou dangereux. Ils n'ont pu avoir une certaine utilité que dans des états nerveux ou anémiques, simulant l'apoplexie, ou dans les congestions cérébrales très légères.

II. *L'attaque d'apoplexie vient d'avoir lieu.*

Ici se représente avec une plus pressante actualité la question des émissions sanguines. Faut-il saigner tout individu qui paraît frappé d'apoplexie? Celse a dit, en parlant de ce puissant moyen : *vel occidit, vel liberat*. Il est à présumer que la saignée a pû faire rapidement succomber un individu atteint d'apoplexie nerveuse ou d'apoplexie anémique; mais la distinction établie et la très grande probabilité d'une hémorrhagie étant donnée, peut-on agir en toute assurance? Si le sujet est très vieux, d'une constitution faible, à teint blême, à chairs molles et flasques, la perte d'une certaine quantité de sang s'ajoutant à l'effusion morbide déjà effectuée et à la dilacération plus ou moins étendue d'un organe important, accélérerait l'instant fatal (1).

Il faut donc ne pas tirer du sang dans tous les cas. Mais l'âge très avancé serait-il, de prime-abord et toujours, un obstacle à toute émission sanguine copieuse? De nombreux

(1) Latham, *Medical Transact.*, t. VI, p. 248.

exemples prouvent qu'une hardiesse inspirée par le tact médical a parfois été couronnée de succès. Morgagni ne balança pas à recommander la saignée chez une de ses parentes, âgée de quatre-vingts ans, et dont l'apoplexie légère menaçait de devenir très sérieuse [1]. L'observation CCIV est fort remarquable; le sujet avait quatre-vingt-dix ans; l'apoplexie était des plus évidentes; on pratiqua plusieurs saignées, même l'artériotomie de la temporale, on mit des sangsues à l'anus; la guérison fut parfaite. Campet vit à Reggio, en 1800, un homme âgé de quatre-vingt-dix-huit ans, qui, à la suite d'une fête à laquelle il avait pris une large part, atteint d'une forte apoplexie, se rétablit après trois saignées copieuses [2].

L'âge ne doit donc pas être pris en considération absolue. Il faut surtout faire attention à la constitution, à la manière d'être habituelle du sujet, à l'état du pouls, à la coloration de la face, à la température du corps, etc. Chacune de ces circonstances, prise isolément, ne suffit pas pour donner au jugement une base assez solide, et cependant il est rare de les trouver toutes réunies. Ainsi, la face peut être pâle, et le pouls plein et dur; ou bien le pouls est faible, petit, irrégulier, avec coloration rouge ou livide du visage et symptômes de lésion organique du cœur. Il faut être très circonspect, surtout si ces phénomènes dénotent un resserrement des orifices, un obstacle à la circulation du sang.

Lorsque les circonstances qui contr'indiquent les émissions sanguines n'existent pas, si l'attaque vient d'avoir lieu, en même temps qu'on place le malade dans une attitnde convenable, qu'on le débarrasse de tout lien, qu'on lui donne de l'air, on pratique une saignée, et alors, comme il n'y a pas de temps à perdre, on ouvre une veine du bras.

On doit se presser, parce que le sang coule peut-être encore dans le foyer hémorrhagique; qu'une plus large déchirure de la substance cérébrale peut se produire et entraîner une irruption dans les ventricules ou à la surface

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. XI, n° 14.

(2) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1805, n° 551, p. 19.

du cerveau. Le meilleur moyen d'arrêter cette effusion est de désemplir les vaisseaux.

La saignée du pied entraîne des longueurs; souvent, les saphènes sont très étroites, difficiles à rencontrer. Ces inconvénients sont sérieux.

La saignée de la jugulaire exige qu'une ligature soit passée autour du cou, et ensuite qu'un bandage le comprime plus ou moins. Ce sont des conditions très défavorables.

Le bras offre les facilités et l'efficacité désirables par les veines nombreuses qu'on peut ouvrir devant l'articulation huméro-cubitale ou à l'avant-bras, ou même à la main. Un médecin des États-Unis d'Amérique, ne trouvant pas, en un cas pressant, des veines aptes à fournir du sang chez une vieille négresse, dont l'artère temporale battait à peine, n'hésita pas à ouvrir l'artère radiale, et vit les accidents apoplectiques se dissiper vers le troisième jour [1].

La saignée du bras doit être copieuse; mais il faut sans cesse observer le malade pour ne pas tomber dans un excès dont les suites pourraient être immédiatement funestes. Si l'on a quelques craintes, il vaut mieux arrêter le sang après la sortie de 200 grammes, et quelques minutes ou quelques heures après, en faire couler une nouvelle quantité.

2° J'ai dit que le premier soin doit être de donner de l'air au malade. Il faut lui tenir la tête élevée, les pieds assez bas; lui ôter tous les vêtements, toutes les ligatures qui pourraient gêner la circulation du sang.

3° Ordinairement on applique des sinapismes aux pieds et aux jambes, qu'on entoure de corps chauds, s'ils ont une tendance à se refroidir.

4° On fait tenir le malade dans un parfait repos. Il y a quelques siècles, on essayait de le réveiller, on le secouait [2], et cette pratique s'est perpétuée dans le public

[1] Stedmann, *Philadelphia Journal*, 1827. (*Archives*, 1828, t. XVI, p. 134.)

[2] Houllier, *De Morbis int.*, lib. I, cap. VII, p. 25. — Sennert, *Opera*, t. II, cap. XXXIII, p. 246. — Nymann, *De Apoplexiâ Tractatus*, p. 202.

jusque dans ces dernières années. Elle est non seulement inutile, mais aussi fort nuisible.

5° Faut-il faire vomir quand on n'a pas jugé la saignée nécessaire ou après qu'elle a été faite?

Quand on divisait l'apoplexie en sanguine et en séreuse, si on croyait à la présence de celle-ci, le malade ayant la face pâle et un peu jaune, ou si on supposait son estomac encore plein d'aliments, et enfin quand on pensait qu'une indigestion avait occasionné l'attaque, il paraissait rationnel de provoquer le vomissement. A cette époque, la bile jouait un rôle important ; il n'est pas étonnant que les émétiques aient été alors préconisés, et qu'on leur ait attribué de grands succès. Schoenheider assure qu'ils ont guéri un homme de soixante-quinze ans, autrefois goutteux, puis pituiteux et atteint d'apoplexie (1) ; Louyer-Villermay leur a également attribué une guérison rapide (2). Newbourg rapporte deux exemples de l'emploi des vomitifs; dans l'un, le résultat fut heureux, et dans l'autre, la mort fut assez prompte (3). Borsieri a vu un malade atteint d'une apoplexie légère, traité par l'émétique, offrir un rapide accroissement des symptômes et mourir (4). Portal condamne ce genre de moyens (5). Rochoux (6), Rostan (7) le proscrivent formellement. Je suis de leur avis. Les efforts du vomissement doivent augmenter l'impulsion du sang vers la tête, et peuvent activer l'hémorrhagie ou la renouveler, si déjà le sang avait cessé de couler. Si l'emploi des vomitifs a paru opérer des guérisons rapides, c'était dans des cas de simple congestion, et alors que la substance cérébrale n'avait subi aucune solution de continuité.

6° Si les vomitifs sont inutiles ou nuisibles dans les pre-

(1) *Acta Societatis Medicæ Hauniensis*. Hauniæ, 1777, t. I, p. 99.
(2) *Mémoires de la Société médicale d'Émulation*, t. V, p. 437.
(3) Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, pluviose an X, n° 66, p. 7 et 9.
(4) *Institutiones med. pract.*, t. III, p. 106.
(5) *Observations sur la nature et le traitement de l'Apoplexie*, p. 15.
(6) *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 457.
(7) *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 369.

miers moments du traitement de l'apoplexie, on doit regarder comme avantageuses les évacuations alvines copieuses, provoquées par des lavements purgatifs énergiques (séné, sulfate de soude, etc.). Ce mode d'administration des évacuants est d'autant plus convenable, que souvent le malade avale difficilement, et que la révulsion opérée vers l'extrémité inférieure de l'intestin est certainement efficace.

7° Cette révulsion est, sous tous les rapports, beaucoup plus utile que l'espèce de dérivation qu'on avait espéré produire par le moyen des sialagogues. Quant aux errhins, également proposés pour réveiller le cerveau, on comprend assez leur inutilité et leurs inconvénients.

III. *Des symptômes graves se sont produits.*

1° Ces symptômes sont l'insensibilité, la paralysie, dénotant que la partie de l'encéphale lésée est importante ou que la lésion est fort étendue.

Dans ces circonstances, on examine si les émissions sanguines ne sont pas de nouveau nécessaires. Le pouls, l'aspect du malade règlent le jugement du praticien. On répète la saignée du bras ou celle du pied, ou l'on fait mettre des sangsues à l'anus ou derrière l'oreille du côté non paralysé, ou on applique des ventouses scarifiées à la nuque, selon les vues et les inspirations du moment.

Lorsque le malade était déjà faible ou s'il a perdu assez de sang, on peut avoir recours aux ligatures appliquées aux cuisses, ou mieux à la grande ventouse Junod ([1]).

Plus souvent, on s'adresse aux révulsifs cutanés puissants, aux vésicatoires, aux topiques ammoniacaux. On s'est aussi servi du marteau de Mayor, enfin du cautère actuel. Ainsi, on a appliqué un fer rouge à la plante des pieds (Mistichelli, Schreiber, Thilenius). Krilof a posé sur le rachis, vis à vis la première vertèbre dorsale, une pièce de monnaie rougie au feu ([2]).

([1]) Exemple de succès dans *Gazette médicale*, 1838, p. 389.

([2]) *Journal de Médecine de Saint-Pétersbourg*, 1824. (*Bulletin des Sciences médicales* de Férussac, t. XIII, p. 55. — *Archives*, t. XVI, p. 450.

Les purgatifs énergiques, quand le malade est capable d'avaler, peuvent être avantageux, et si la déglutition est difficile, on revient aux lavements purgatifs. L'huile de croton tiglium est alors indiquée. Les lavements de tabac ont été très préconisés; mais ils sont redoutés, comme susceptibles de produire le narcotisme ([1]).

On a donné, dans des circonstances analogues, des stimulants diffusibles, comme l'acétate d'ammoniaque à la dose de plusieurs grammes, ou l'ammoniaque liquide à celle de quelques gouttes dans un verre d'eau; mais ces moyens, employés dans le but de réveiller l'encéphale engourdi, pourraient le surexciter et augmenter la fluxion qui l'envahit.

Lorsque la tête est chaude, la face encore colorée, un moyen très utile consiste à recouvrir tout le crâne avec de larges compresses imbibées d'eau froide et sans cesse renouvelées ([2]). On a aussi conseillé l'emploi de la glace ([3]); mais ce moyen a l'inconvénient de provoquer des transitions trop rapides de température. Une négligence dans son emploi peut entraîner une réaction dangereuse.

2° La réaction peut se produire facilement, même sans une provocation de ce genre. La déchirure de la substance cérébrale, la présence d'un caillot devenu corps étranger, sont des causes d'excitation que signalent les mouvements convulsifs, l'agitation, le délire, etc. Il importe de juger si ces phénomènes dépendent d'une turgescence vasculaire ou d'une surexcitation nerveuse.

Lorsqu'on voit le pouls s'accélérer, la face se colorer, la tête devenir plus chaude et plus douloureuse, on doit surtout redouter la plénitude des vaisseaux, l'état phlegmasique des environs du foyer, la propagation du ramollissement. Alors, quelques légères émissions sanguines, l'application

([1]) Ponsart, *Traité de l'Apoplexie*, p. 52. — Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, p. 456.
([2]) Schmucker, Crell, *Commentarii de rebus gestis Lipsiæ, etc.*, 1782, t. XXV, p. 474. — Graffenauer, *Journal général*, 1819, 2e série, t. VIII, p. 65.
([3]) Carretté, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XVIII, p. 353.

des ventouses scarifiées à la nuque ou des sangsues derrière les oreilles, les révulsifs cutanés, les purgatifs, sont indiqués. On a conseillé le calomel; mais il produit parfois une salivation très pénible pour le sujet, surtout si l'un des côtés de la face est paralysé; la commissure inerte laisse incessamment couler la salive.

3° Les symptômes de surexcitation portent quelquefois un caractère essentiellement nerveux et spasmodique. Aux convulsions se joignent ou succèdent les mouvements désordonnés des yeux, le serrement des mâchoires, la rigidité des membres, etc. L'indication des remèdes dits *antispasmodiques* se présente; mais, que doit-on en attendre si une effusion sanguine et une solution de continuité du parenchyme cérébral sont les causes réelles de ces accidents? Toutefois, on peut les employer, ce sont : l'infusion de valériane, la teinture de castoreum, les lavements de camphre et d'assa-fœtida. Au délire, on oppose les mêmes moyens, et, en outre, le musc. Chez une femme, âgée de trente-huit ans, atteinte d'apoplexie et d'hémiplégie droite, avec trouble de la parole, inégalité d'action des deux yeux, etc., j'eus recours au cyanure de zinc avec quelque succès.

4° Une céphalalgie intense et persistante est un symptôme fort incommode en lui-même, mais surtout fâcheux, en ce qu'il peut faire soupçonner quelque complication menaçante. On emploie les ventouses scarifiées à la nuque, les vésicatoires sur le cuir chevelu ou derrière les oreilles, un séton à la nuque.

5° Une sensibilité vive de l'épigastre, des vomissements répétés, dénotant une irritation marquée de l'estomac, ont exigé l'application locale des ventouses scarifiées et l'usage des boissons froides. Les vésicatoires volants sont encore employés en cas de persistance.

6° Il est des malades qui se trouvent rapidement plongés dans une débilitation profonde, soit par suite de la lésion grave de l'organe important qui en est le siége, soit par des

pertes de sang répétées, soit par une disposition antérieure et générale de l'organisme. Un état adynamique se prononce, accompagné de sécheresse et de couleur brune de la langue, de résolution des membres paralysés, de flaccidité des chairs, de pâleur et de refroidissement de la peau, etc. L'extrait mou de quinquina, à la dose de 2 à 6 grammes, devient, dans cette circonstance, très utile. L'infusion d'arnica, l'acétate d'ammoniaque sont également mis en usage.

IV. *Une amélioration s'est manifestée; la guérison est possible; une récidive est à craindre.*

Si, après l'attaque d'apoplexie, spontanément ou sous l'influence du traitement, l'intelligence, la sensibilité se rétablissent; si la paralysie est incomplète, on doit espérer que le foyer hémorrhagique subira sans obstacle les changements auxquels la réparation des tissus lésés doit succéder. Doit-on, peut-on, à l'aide de quelques moyens efficaces, hâter ou faciliter ce travail? Il y a tout lieu de supposer qu'aucun agent, quel qu'il soit, n'a la vertu de résoudre, dans les profondeurs de la cavité crânienne, un épanchement de sang. La nature seule a le secret et les moyens de cette heureuse solution. Mais l'art peut la seconder, en plaçant les organes dans les conditions les plus favorables de repos et de calme. Il est donc de la plus haute importance d'éviter aux parties affectées de nouveaux ébranlements, qui contrarieraient la marche graduelle des transformations intimes, auxquelles est attaché le salut du malade.

Il suit de cette réflexion que de puissants révulsifs, des émissions sanguines réitérées, des purgatifs énergiques, des stimulants diffusibles ou permanents, à l'aide desquels on espérerait obtenir une plus prompte guérison, risqueraient plutôt de produire une dangereuse perturbation.

Morgagni exprimait la même pensée en voyant les progrès qu'un foyer hémorrhagique peut faire sous l'influence d'un mauvais traitement. Il vaut bien mieux, dit-il, diminuer la quantité des aliments, de ceux surtout qui contiennent

beaucoup de parcelles âcres et ténues, et éviter les remèd
excitants, remplis de corpuscules volatils, ceux qui prov
quent le vomissement, l'éternuement et d'autres effets (1).

Quelques médecins ont compté trouver, dans des agen
doués de propriétés spéciales, une certaine efficacité, comm
modifiant les qualités du sang et comme prévenant de no
velles congestions. Ainsi, l'arsenic, auquel Bright avait att
bué un effet utile dans certains cas de paralysie (2), a é
présenté par M. Lamarre-Picquot comme propre à diminu
les globules du sang, par conséquent la pléthore, et, p
suite, la congestion et l'hémorrhagie (3). C'est une médic
tion à étudier. On doit en dire autant du bi-carbonate d
soude, préconisé dans le même but. Ce médicament, co
seillé par M. Ed. Carrière (4), aurait peut-être un autre mod
d'action, qui, s'il était démontré, introduirait dans la th
rapie des affections cérébrales une ressource nouvelle
précieuse. On a vu combien sont fréquentes les productio
athéromateuses ou adipeuses des parois des vaisseaux d
l'encéphale. Ne pourrait-on pas présumer que les alcal
seraient des agents propres à combattre cette altératio
moins en fluidifiant le sang lui-même qu'en dissolvant l
globules adipeux que le torrent circulatoire dépose dans l
tissus? Mais ce n'est là qu'une conjecture, à laquelle manq
la constatation des faits.

J'aime mieux appeler l'attention sur un autre ordre d
moyens, dont j'ai pu très exactement apprécier l'utilit
utilité méconnue trop souvent par beaucoup de médecins,
sur laquelle, par ce motif, il me paraît essentiel d'insiste
Je veux parler du régime et des soins hygiéniques.

Cet ordre de moyens, qui rentre dans le domaine de l
médecine expectante, n'est pas seulement nécessaire po
faciliter la résolution du sang épanché, il est non moin

(1) *De sedibus et causis morborum*, epist. LX, n° 3.
(2) *Reports of med. Cases*, CLX et CLXI, p. 325.
(3) *Union médicale*, 1856, p. 252.
(4) *Idem*, 1854, p. 215.

utile pour prévenir les récidives auxquelles les malades sont fatalement exposés.

J'ai constaté que des sujets déjà frappés d'apoplexie à deux ou trois reprises, et même à de courts intervalles, offrant d'ailleurs la constitution qui dispose aux hémorrhagies cérébrales, ont pu vivre plusieurs années sans recourir à d'autre traitement qu'une hygiène appropriée et rigoureusement suivie. On a vu fréquemment des personnes qui s'étaient cru dispensées d'observer les règles prescrites, périr peu de jours après la disparition de tous les symptômes ; déjà elles se croyaient à l'abri d'une récidive et ont été frappées au moment où on s'y attendait le moins. L'un des faits de ce genre m'a été fourni par un haut dignitaire de l'Église (S. Ém. le cardinal de Cheverus), qui avait eu déjà deux attaques, et qui éprouvait un affaiblissement des membres. Ces attaques avaient été rapprochées, et on pouvait regarder la troisième comme imminente. Consulté alors, je modifiai le genre de vie, et, pendant deux ans, la santé du vénérable malade parut à l'abri de nouvelles atteintes ; mais à cette époque, promu au cardinalat, et obligé de se rendre à Paris, il s'éloigna peu à peu, et sans s'en apercevoir, des règles un peu sévères que j'avais imposées. J'eus alors de vives inquiétudes, qui ne tardèrent pas à se justifier. Une troisième attaque, des plus violentes, enleva l'illustre prélat avant la fin du septième jour.

Parmi les exemples de l'utilité du régime que mes souvenirs me rappellent, se trouve celui d'une dame qui, jusqu'à l'âge de quarante-sept ans, avait été abondamment réglée et était demeurée assez maigre. Alors, les menstrues ayant cessé, un appétit extraordinaire se fit sentir. L'embonpoint s'accrut jusqu'au degré d'une obésité incommode. Il y avait quelques années que cet état existait, lorsqu'une première attaque d'apoplexie eut lieu, et fut suivie, deux mois après, d'une seconde beaucoup plus forte, avec coma prolongé, paralysie des membres, surtout du côté droit. Un traitement actif fit graduellement disparaître ces symptômes. L'intelli-

gence, la sensibilité, et jusqu'à un certain point le mouvement, se rétablirent; seulement, la mémoire demeura à peu près perdue, non celle des mots, car la parole était facile, mais celle des choses. Ainsi, quand cette dame, qui aimait beaucoup à lire, avait fini un livre ou même un chapitre, déjà elle en avait oublié jusqu'au titre. Il fallait cependant prolonger des jours qu'une nombreuse famille comptait avec sollicitude. Je fis comprendre l'importance d'un régime sévère. Chacun y veilla, et Mme D... vécut encore huit ans. Ce ne fut qu'après les secousses d'un changement de domicile que survint la dernière et funeste attaque d'apoplexie si longtemps conjurée.

Dans maintes autres occasions, j'ai acquis la conviction de l'importance des soins hygiéniques pour éloigner le retour des hémorrhagies cérébrales.

Examinons donc les détails du régime et des soins qui sont particulièrement utiles aux sujets que leur constitution dispose aux récidives des attaques d'apoplexie.

Il faut scrupuleusement veiller à la quantité et à la nature des aliments. On croit trop souvent qu'un convalescent peut ingérer tous les aliments que son appétit le sollicite à prendre, tant que l'estomac n'en est pas fatigué. C'est là le danger. Il ne faut prendre des aliments que dans la mesure strictement nécessaire, et éviter surtout ces variations accidentelles, ces augmentations qu'on se permet quand l'appétit est plus vif ou que les mets sont meilleurs. La quantité prescrite ne doit jamais être dépassée; elle doit être relative aux habitudes antérieures du sujet et à ses dispositions actuelles. Le praticien la détermine en se basant sur ces considérations.

Les aliments seront toujours légers, de facile digestion, pour épargner à l'estomac de la fatigue. Ils ne seront pas stimulants; par conséquent, les assaisonnements seront proscrits ou du moins employés à très petite dose. Les viandes noires (le gibier), les chairs rouges (bœuf, mouton) rôties ne seront pas permises. Ces dernières, étant bouillies,

n'ont pas le même inconvénient. La volaille, le veau, l'agneau, le poisson, les œufs, les végétaux cuits, le laitage, les fécules, feront la base du régime ; mais il faudra ne prendre que d'un ou deux au plus de ces aliments à chaque repas.

Je recommande de ne pas les ingérer chauds. Les malades s'habituent facilement à les manger froids, et ils s'en trouvent bien. Le lait froid, non sucré, dans lequel un peu de pain est émiété, convient parfaitement pour le premier et le dernier repas.

Je conseille de ne boire que de l'eau pure, ou tout au plus, si les réclamations sont un peu vives, qu'un mélange de beaucoup d'eau et de peu de vin ou de bière.

Il est entendu que tous les autres spiritueux, ainsi que le café, le thé, et en général les boissons chaudes, seront défendus. Tissot avait reconnu leurs inconvénients [1].

Le régime que je viens d'indiquer favorise plus que tout autre moyen la liberté des évacuations alvines. Il peut être aidé de temps à autre par des lavements laxatifs. Il rend inutiles les pilules aloétiques, la graine de moutarde blanche, et cette multitude de drogues qu'on oppose à la constipation.

Je sais très bien, et on peut en faire le texte d'une objection, que des individus atteints ou menacés d'apoplexie ont vécu encore assez longtemps, tout en mangeant et buvant à leur gré, et en faisant des excès de divers genres. Mais que l'on prenne le nombre de ces privilégiés, et que, d'autre part, on compte ceux qui n'ont pas impunément oublié les conseils de la prudence, et il sera facile de juger si quelques exceptions doivent enlever à la règle son importance et la généralité de son application. J'ai dit, d'ailleurs, que les prescriptions du régime se basent autant sur la connaissance de l'état antérieur que sur celle de l'état actuel du malade. Si les individus disposés à la pléthore et à la

[1] *Epistola medico-practicæ*. Lausannæ, 1770, p. 284 et 307.

surexcitation du système nerveux doivent être rigoureusement soumis aux restrictions indiquées, ceux qui étaient déjà faibles, avancés en âge, ou anémiques ou hydrémiques, et disposés à la cachexie séreuse, réclament un régime tonique, substantiel, des amers, des ferrugineux, donnés toutefois avec précaution, car il ne faut pas oublier le grave désordre et la disposition irritative des centres nerveux.

Concurremment avec les moyens précédents, il est toujours nécessaire d'activer la circulation du sang vers le cercle inférieur. Ainsi, les pédiluves parfois sinapisés et les demi-bains tièdes, gélatineux ou alcalins, les frictions sèches sur les membres inférieurs, l'usage des vêtements qui entretiennent la chaleur aux extrémités, tandis que la tête est tenue libre ou du moins peu couverte, diminuent la tendance aux congestions encéphaliques.

Quelquefois, il est nécessaire de fluxionner les vaisseaux hémorrhoïdaux, surtout quand déjà il y avait eu de ce côté des manifestations. Alors, les fumigations dirigées vers l'anus, des portions de lavements additionnés d'aloës, trouveront leur emploi. Quelques sangsues à l'anus seraient même prescrites si le pouls en dénotait la convenance.

Des moyens analogues seraient très appropriés dans les cas de suppression ou d'insuffisance du flux menstruel.

Il est presque superflu d'ajouter que pendant tout le temps accordé à ce traitement à la fois consécutif à l'attaque apoplectique et préservatif des récidives, il faut éviter toute fatigue physique ou morale.

V. *La paralysie persiste.*

Une paralysie plus ou moins étendue, ordinairement unilatérale, étant la conséquence immédiate de l'hémorrhagie encéphalique ou rachidienne, n'exige pas d'autre traitement que celle-ci. Fréquemment cet effet décroît avec sa cause; la sensibilité d'abord, et le mouvement ensuite, se rétablissent dans les parties qui en avaient été privées. Tout ainsi va pour le mieux; mais souvent la paralysie, diminuée à un membre, persiste à un autre, les articulations s'y roidissent,

les muscles se rétractent, s'atrophient, le sujet reste impotent. Il y aurait donc nécessité d'éviter cette suite fâcheuse. Mais comment doit-on y procéder?

D'abord il ne faut pas oublier que la substance cérébrale, déchirée et ramollie autour du foyer hémorrhagique, peut très facilement s'engorger et se congestionner si elle est surexcitée, soit directement, soit indirectement, par les impressions et les ébranlements divers que le système nerveux reçoit. Ainsi, tout agent stimulant destiné à ranimer le sentiment ou le mouvement dans les muscles paralysés aurait les plus grands inconvénients s'il était employé peu de temps après l'effusion sanguine. Alors les meilleurs moyens de diminuer la paralysie sont ceux qui favorisent l'arrêt de l'hémorrhagie, la résolution du sang épanché, le resserrement du foyer apoplectique. Ces moyens sont ceux que j'ai déjà signalés : les émissions sanguines, le régime, les révulsifs.

Il faut s'en tenir à ce premier traitement pendant un certain temps et user ensuite de la méthode expectante et essentiellement hygiénique, dont l'utilité, sous d'autres rapports, vient d'être signalée.

Mais si la paralysie persiste, si l'on n'a plus à craindre une réaction fâcheuse vers l'encéphale, on peut tenter de réveiller l'activité engourdie du système musculaire. Or, les muscles paralysés tantôt présentent un état de contracture, tantôt sont dans un relâchement plus ou moins complet.

La contracture, par suite de paralysie et d'hémorrhagie cérébrale, est à peu près irrémédiable, et on ne peut qu'espérer de ralentir ses progrès par les bains tièdes, les bains gélatineux, les frictions onctueuses, etc.

Quant aux paralysies accompagnées de relâchement, de flaccidité du tissu musculaire, on peut essayer de les combattre par le moyen de certains stimulants tels que : la noix vomique, la strychnine, le seigle ergoté, l'ergotine, les bains thermaux salins (Balaruc, Bourbonne-les-Bains, etc.) ou sulfureux, l'hydrothérapie, l'électricité. Tous ces moyens,

on le voit, exercent une action excitante sur le système nerveux, et leur impression peut retentir d'une manière fâcheuse sur les centres de l'innervation, si elle est vive et répétée. C'est donc avec prudence qu'il faut les employer.

L'extrait alcoolique de noix vomique est un des plus usités. Il n'a pas d'inconvénient s'il est donné à une dose modérée. On peut le continuer longtemps, en commençant par cinq centigrammes, et augmentant d'un ou deux centigrammes tous les huit jours. Trop de hardiesse provoquerait des mouvements convulsifs et obligerait à s'arrêter.

Dans quelques cas, lorsque la paralysie était bornée à un bras, j'ai conseillé avec succès les bains de ce membre dans une forte décoction de noix vomiques concassées.

La strychnine est ordinairement employée par la méthode endermique. C'est un agent puissant.

J'ai essayé la poudre de seigle ergoté et l'ergotine, celle-ci à la dose d'un à deux grammes. Il y a eu quelques améliorations.

Dans une paralysie très circonscrite, l'hydrothérapie peut être avantageuse. C'est dans des cas analogues que l'électricité peut réussir. Mais cette partie du traitement sera plus amplement exposée à l'occasion des paralysies indépendantes de l'apoplexie.

VI. *L'apoplexie paraît être méningée.*

J'ai indiqué les circonstances étiologiques et symptomatologiques qui peuvent faire distinguer l'apoplexie méningée. Si ces circonstances se rencontrent et font présumer ce genre de maladie, quelques modifications thérapiques peuvent devenir utiles, surtout si ce cas est offert par un jeune sujet. Dans cette circonstance, on a recours surtout aux sangsues placées à la base du crâne, aux applications froides sur la tête et aux purgatifs. Les révulsifs sont utiles, et même plus tard, si on soupçonne qu'une collection séreuse se soit formée dans l'arachnoïde, des bandes de vésicatoires successivement étendues sur le cuir chevelu, peuvent produire d'heureux effets.

VII. *L'hémorrhagie est rachidienne.*

Si les symptômes font reconnaître une hémorrhagie rachidienne, indépendamment des émissions sanguines générales, il est très utile de faire des applications réitérées de ventouses scarifiées sur les points de la colonne vertébrale qui paraissent correspondre au foyer hémorrhagique. Les révulsifs y sont plus tard apposés. On essaie ensuite de combattre la paraplégie par les stimulants spéciaux que j'ai indiqués, mais la réussite est toujours fort incertaine. Les bains tièdes, les laxatifs peuvent être utiles. Il faut veiller à l'état de la région sacrée, dont les téguments sont si disposés, dans ce cas, à s'inflammer et à se gangrener.

4me DIVISION.

PHLEGMASIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

Les phlegmasies de l'appareil nerveux forment plusieurs genres, en raison des organes affectés. Ces organes sont les méninges, l'encéphale, la moelle épinière et les nerfs. Les phlegmasies des méninges et de l'encéphale peuvent offrir des combinaisons d'un intérêt spécial. De là, un chapitre additionnel. Les maladies à étudier vont être : I. La méningite; II. l'encéphalite; III. la méningo-encéphalite; IV. la myélite; V. la névrite.

I. — MÉNINGITE.

La méningite est l'inflammation des méninges. Longtemps, cette inflammation fut confondue avec celle du cerveau.

La maladie désignée par les médecins grecs sous le nom de *phrénitis* était généralement rapportée à cette double phlegmasie, et cependant M. Littré pense qu'Hippocrate, en parlant de la *phrénitis* et la rapprochant fréquemment du *causus*, n'a voulu indiquer par ces deux titres que des variétés de fièvres d'une nature très grave [1]; mais j'ai fait

[1] *Œuvres complètes* d'Hippocrate, traduction par E. Littré. Paris 1840, t. II, p. 569.

remarquer ailleurs que le premier de ces termes semblai exprimer plutôt une phlegmasie cérébrale ou méningienn qu'une fièvre subcontinue (1).

Il n'est pas facile, j'en conviens, de résoudre la questio soulevée. La phrénitis d'Hippocrate pouvait être, comme l causus, épidémique et subordonnée à l'influence de la tem pérature (2). Ne peut-il en être de même de certaine méningites? Selon l'immortel observateur de Cos, payant lı aussi son tribut à l'esprit de système, c'était la bile introduit dans le sang qui causait ces maladies (3). Toutefois, quel ques autres passages montrent la phrénitis comme pouvar être sporadique, par exemple quand elle complique l pneumonie (4); ensuite, comme étant une inflammatio véritable, puisqu'une hémorrhagie abondante peut l'arré ter (5), et qu'une épistaxis insuffisante est plus nuisibl qu'utile (6); de plus, comme étant une lésion cérébral puisqu'elle diffère du causus par les transports qui l'accom pagnent (7). Parmi les symptômes attribués à la phrénitis s trouvent, en effet, constamment le délire, l'agitation, ave refroidissement et fièvre (8); ensuite, il s'y joint souvent un vive douleur de tête et du cou, des convulsions, des vomi sements férugineux (9), la sécheresse et l'état hérissé de langue (10), une sputution fréquente (11). Ces phénomènes s retrouvent dans les observations particulières qu'Hippocra a données comme des exemples de phrénitis (12). Or, c

(1) T. III, p. 752.
(2) Hippocrate, *Œuvres*, trad., t. II, p. 651; t. III, p. 71, 81, 91.
(3) *Ibidem*, t. VI, p. 201 et 217.
(4) Aph. 12, sect. VII, t. IV, p. 581.
(5) *Prénotions coaques*, Ire sect., § XI, no 116, t. V, p. 607.
(6) *Ibidem*, no 175, t. V, p. 623.
(7) *Ibidem*, t. III, p. 83.
(8) *Ibidem*, t. V, p. 517, 519.
(9) *Ibidem*, t. II, p. 637.
(10) *Prorrhétiq.*, liv. I, t. V, p. 511. *Prénotions coaques*, IIe sect., p. 635.
(11) *Ibidem*, t. V, p. 513.
(12) *Épidémies*, liv. III, malades 14e, 15e, 16e, t. III, p. 141 ; liv. VII, no 53, t. p. 423.

faits semblent justifier l'idée que, sous cette dénomination un peu vague, venaient se ranger jadis diverses maladies inflammatoires ayant pour siége le cerveau, ou plus spécialement les méninges.

Ce dernier siége fut nettement précisé par Asclépiade, qui, d'après Cælius Aurelianus, définissait la phrénitis une stase et un engorgement des corpuscules dans les membranes du cerveau, avec dérangement mental et fièvre (1).

Ce pas fut peut-être trouvé trop hardi, et Cælius Aurelianus se borna, dans sa définition, à mentionner le délire avec fièvre aiguë et crocidisme ou carphologie.

Mais, plus tard, la notion anatomique s'établit d'une manière plus décidée, et Paul d'Egine n'hésita pas à regarder la phrénitis comme une inflammation des membranes du cerveau, et quelquefois du cerveau lui-même, causée par le sang ou par la bile jaune, ou même par une lésion du diaphragme agissant sur le cerveau en vertu du consensus des nerfs (2).

Neuf siècles après, Baillou, ayant reconnu que dans le délire et la phrénésie il y a une inflammation du cerveau souvent très forte et exigeant des émissions sanguines directes et abondantes (3), émet néanmoins cette réflexion que le cerveau, étant par lui-même de nature froide, ne s'enflamme que difficilement, tandis que si les causes agissent sur les méninges, la fièvre naît et se développe plus vite. Il remarque que cette inflammation des méninges est commune chez les enfants, dont elle occasionne souvent la mort, et il lui donne le nom de *siriasis* (4).

L'attention est donc de plus en plus attirée vers la lésion des enveloppes du cerveau, et un anatomiste habile du XVIIe siècle, Bartholeti, assure avoir rencontré plusieurs

(1) Cælius Aurelianus, *De Morbis acutis et chronicis*. Amstelodami, 1709, p. 2.

(2) *De Re medica*, lib. III, cap. VI. (*Medicæ artis Principes post Hipp. et Gal.* Henr. Steph., 1567, t. I, p. 418.)

(3) *Epidemiorum et ephemeridum*, lib. II. *Opera*, Genevæ, ed. Tronchin, 1762, t. I, p. 97.

(4) *Ibidem. Conciliorum medicinalium*, t. III, p. 126 et 432.

fois, chez les phrénétiques, la pie-mère enflammée sans aucune lésion du cerveau ([1]).

Willis, de son côté, définissait la phrénésie une dépravation continue des facultés du cerveau produite par l'inflammation des méninges et accompagnée de fièvre ([2]).

Valsalva et Morgagni donnent, par leurs observations, une autorité nouvelle à cet ordre d'idées, et exposent des détails précieux sur les altérations des méninges.

Dans la seconde moitié du siècle dernier, divers médecins signalèrent la fréquence des épanchements séreux des ventricules, et les considérèrent comme des hydropisies spéciales .Mais, quelques années après, de nombreuses investigations apprirent que dans l'hydrocéphalie aiguë les méninges sont souvent enflammées. Cette maladie devint alors, pour les modernes, une hydrocéphalite, une hydroméningite, ou même une méningo-céphalite.

Les faits apprendront qu'une confusion s'était introduite dans cette partie de la pàthologie infantile. Des flux séreux peuvent se produire sans l'intervention d'une phlegmasie, et, d'un autre côté, des inflammations méningiennes peuvent s'accompagner d'exsudations séreuses aussi bien que de collections purulentes. Il y aura lieu d'établir les distinctions rendues nécessaires et justifiées par l'observation.

Mais revenons à la méningite. Pinel avait franchement rattaché la phrénésie à l'inflammation de l'arachnoïde, et donné la description de cette maladie ([3]). Herpin en traite sous le nom de *meningitis,* et en cherche des traces à la suite des lésions traumatiques du crâne ([4]). Parent du Châtelet et Martinet réunissent un grand nombre d'observations et tracent l'histoire de l'*arachnitis* considérée surtout dans l'enfance et à l'état aigu ([5]). Bayle l'étudie à l'état chronique

([1]) Morgagni, *De sedibus et causis morborum,* epist. VII, nº 8.

([2]) *Opera medico-physica.* Venetiis, 1720, t. II, p. 110.

([3]) *Nosographie philosophique ; phlegmasie des membranes séreuses,* t. II, p. 397.

([4]) *Sur la Méningitis.* Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 20 vendémiaire an XII (1808)

([5]) *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde.* Paris, 1821.

et dans les vésanies, dont elle était à ses yeux la source la plus féconde ([1]).

Le cercle des idées relatives à la méningite devait bientôt s'élargir encore. De nouvelles recherches apprennent que les inflammations des méninges empruntent souvent un caractère particulier à la présence de petits corps, ayant l'apparence de granulations ou de tubercules. D'autres observateurs font voir que la méningite peut être liée au rhumatisme ou qu'elle se développe sous l'influence de la diathèse syphilitique, ou qu'elle provient d'une lésion spéciale des parois crâniennes. Ainsi, on arrive à conclure que, loin d'être une maladie simple et facile à connaître et à décrire, l'inflammation des méninges, issue d'origines différentes, peut se montrer sous des formes variées, et qu'en outre elle doit être étudiée dans les larges surfaces ou dans les siéges circonscrits qu'elle peut occuper.

De là, des développements nombreux et essentiels qu'on ne saurait omettre sans tronquer cette étude importante; de là, la nécessité d'établir quelques divisions.

Mais je crois devoir aborder l'histoire de la méningite par l'inflammation spéciale de la dure-mère, membrane que sa texture distingue d'une manière si tranchée des autres méninges. Il en résultera une première et succincte partie; la seconde, plus étendue, aura pour objet la phlegmasie habituellement simultanée de l'arachnoïde et de la pie-mère.

INFLAMMATION DE LA DURE-MÈRE, PACHYMÉNINGITE OU SCLÉROMÉNINGITE.

L'inflammation de la dure-mère, appelée dans ces dernières années, par les médecins allemands, *pachyméningite*, c'est à dire inflammation de la méninge épaisse, aurait pu tout aussi bien recevoir le nom de *scléroméningite*, c'est à dire inflammation de la méninge dure ou dure-mère.

([1]) *Recherches sur l'inflammation chronique des méninges*. Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1822, — et *Traité des maladies du cerveau*. Paris, 1826.

L'abcès de la paupière gauche provenant de l'orbite n'a aucun rapport avec l'intérieur du crâne [1].

Sans doute les présomptions eussent été pour la présence des lésions intra-crâniennes du côté gauche. Mais ce défaut de relation est loin d'être la règle. Il y a plus souvent correspondance, et on peut suivre la trace des lésions à travers la substance osseuse intermédiaire.

IVe Obs. — Garçon de quinze ans. Odontalgie; fluxion à la joue droite, puis à la gauche; accès de fièvre irréguliers; symptômes de saburre; délire; paupière gauche tuméfiée, œil saillant, front gonflé, céphalalgie intense. — Pus sanieux fétide dans le tissu cellulaire de la paupière et du front. Frontal dénudé, grisâtre, nécrosé. Dure-mère détachée des os et couverte de pus dans l'espace correspondant à la lésion extérieure. Arachnoïde couverte aussi de pus jaunâtre. Un peu de sérosité dans les ventricules [2].

Les causes réelles de cette maladie restent ignorées. La marche en fut très rapide. Ne pourrait-on pas soupçonner que, dans ce cas, l'affection extérieure a seulement coïncidé, peut-être même a dépendu des désordres qui se préparaient et s'accomplissaient à l'intérieur du crâne? M. Lebert fait mention d'une jeune fille de seize ans, qui, à la suite d'un érysipèle de la face, fut atteinte de phlébite du sinus longitudinal supérieur et de méningite. On put constater la suppuration et l'ulcération de la dure-mère. Il y avait eu un petit abcès au front, et on trouva du pus dans les sinus frontaux [3].

Le cas suivant montre encore certains rapports entre les lésions extra et intra-crâniennes.

Ve Obs. — Ancien militaire, entré comme aliéné à Bicêtre à l'âge de quarante-neuf ans. Environ vingt ans après, il était encore dans un état de manie chronique, avec hallucinations et délire ambitieux. Peau d'un jaune terreux; furoncles qui se succèdent sur le crâne; œdème de la face et surtout des paupières. Pleuro-pneumonie. Mort

[1] Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 39.
[2] Fizeau, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XI, p. 523.
[3] *Anatomie pathologique*, in-folio, t. II, obs. xcv, fig. 1 et 2.

— Le périoste de la voûte du crâne s'enlève avec facilité. La table externe de cette voûte est presqu'entièrement détruite. Le diploë forme des mamelons distincts, séparés par des excavations que remplit un lacis cellulo-vasculaire infiltré de sang. Érosion et petite perforation osseuse vis-à-vis la pointe du lobe postérieur droit du cerveau. Face interne de la voûte sillonnée de trois rainures dirigées dans tous les sens, et desquelles suintent de nombreuses gouttes de sang. La face externe de la dure-mère est recouverte par une fausse membrane épaisse, résistante, sans apparence fibreuse, formée, en quelques points, d'une couche de sang coagulé, en d'autres d'une lame gélatineuse parsemée de ramifications vasculaires très ténues, très multipliées, et d'un grand nombre de points rouges. Cette fausse membrane, assez adhérente à la dure-mère, surtout le long du sinus longitudinal supérieur, passe, sans interruption, d'un côté à l'autre de la ligne médiane. Quand on l'a enlevée, on voit sur la surface de la dure-mère des taches d'un jaune légèrement verdâtre; ce sont de petits foyers purulents logés entre les lames et les fibres de cette membrane. Quelques-uns de ces foyers sont entourés d'un lacis vasculaire; aucun ne s'ouvre du côté de la cavité arachnoïdienne. Une autre fausse membrane tapisse le feuillet pariétal de l'arachnoïde, du côté gauche seulement; mais elle s'étend jusque sur la faux. Elle paraît être de date récente, et ressemble à la pseudo-membrane externe sous le rapport de l'organisation; mais elle est moins épaisse et moins adhérente. Cavité de l'arachnoïde contenant deux onces de sérosité. Feuillet cérébral de l'arachnoïde assez résistant. Pie-mère injectée et infiltrée, sans adhérence avec la surface cérébrale. Substance blanche de l'encéphale en général d'une grande mollesse (1).

Ce fait est très remarquable. Il montre une fausse membrane développée à la surface externe de la dure-mère. En voici d'autres exemples.

VIe Obs. — Homme, trente-quatre ans. Ni chancre, ni maladie de la peau, ni autre symptôme syphilitique; pas de lésion traumatique. Perte de connaissance avec mouvements convulsifs de tout le côté droit; vive douleur revenant par accès sur le pariétal gauche; langue embarrassée, mémoire affaiblie; pupille droite dilatée, non la gauche; faiblesse des membres droits; diminution de la sensibilité du même côté, plus tard des membres gauches; fièvre; perte de la parole. Mort. (Les attaques dataient de deux ans.) — Face interne du pariétal gauche érodée. Sérosité purulente entre cet os et la dure-mère,

(1) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 6.

qui est couverte d'une fausse membrane organisée, ancienne, plus épaisse à la circonférence qu'au centre. La dure-mère paraît saine; sous elle se trouve une grande quantité de pus épais, filant, renfermé dans la cavité de l'arachnoïde. La face interne de la dure-mère est tapissée par une fausse membrane gris-rougeâtre contenant des globules sanguins. Cerveau déprimé. Pie-mère injectée, avec traînées de sérosité purulente, et quatre petites collections de pus. Sur l'hémisphère droit, quelques points purulents (1).

VIIe Obs. — Homme atteint de diarrhées abondantes par suite d'écarts de régime. Il n'a présenté de phénomènes cérébraux que vers les derniers moments. Renversement de la tête en arrière; rigidité des muscles du cou et commencement de trismus. — Production molle et blanchâtre, d'une à deux lignes d'épaisseur sur deux ou trois pouces de largeur dans tous les sens, en contact avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde, mais adhérant au feuillet pariétal d'une manière très intime. De plus, la dure-mère offre à sa surface externe, vis à vis les mêmes points, une exsudation plastique, une sorte de fausse membrane (2).

3° Les altérations des organes de l'olfaction et de l'audition, et spécialement les caries, les destructions, les suppurations de l'ethmoïde et du rocher ont été des causes de scléroméningite (3), comme on les a vues déjà faire naître la phlébite méningienne, comme on les verra produire la méningite et l'encéphalite. On conçoit que la dure-mère, par son contact immédiat, soit le premier organe atteint; la vie résiste, mais le mal, faisant des progrès, l'invasion des symptômes graves décèle l'envahissement des méninges subjacentes ou du cerveau lui-même. Il serait donc inutile de s'arrêter à l'étude isolée d'une lésion qui devra reparaître plus loin avec tous ses développements.

4° L'inflammation des sinus de la dure-mère peut se propager au tissu même de cette membrane. Les dilatations de ces canaux, les coagulations fibrineuses qui s'y forment, ne peuvent qu'entraver la circulation du sang et favoriser

(1) Charcot (observation recueillie dans le service de M. Piorry), *Mémoires de la Société de Biologie*, 1854. (*Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 481.)

(2) Tessier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1834, p. 120.

(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 46, 52, 56.

l'hyperémie des méninges. Il y a lieu de penser que tel a été le procédé pathologique dans la circonstance que voici.

VIIIe Obs. — Homme, trente-huit ans. Abus des spiritueux. Lassitude, faiblesse pendant sept jours; pouls faible, peu fréquent; conjonctives engorgées; délire; hésitation dans la parole; tremblement des mains; soubresauts des tendons; propension au sommeil; tête peu douloureuse. Mort le treizième jour. — Expansion variqueuse du sinus longitudinal supérieur logée dans une dépression du crâne, surtout à l'angle postérieur des pariétaux. La dure-mère y présente quelques points purulents. Engorgement des autres sinus. Arachnoïde et pie-mère très injectées. Ventricules remplis de sérosité rougeâtre. Plexus choroïdes volumineux. Épanchement sanguin sous la tente du cervelet. Substance cérébrale comme infiltrée (1).

5° On trouve rapportées quelques observations d'épaississement, de tumeurs de la dure-mère, qu'il serait possible de rattacher à l'inflammation chronique et circonscrite de cette membrane. Mais je suis disposé à n'y voir qu'un dépôt fibrineux par suite d'ancienne hémorrhagie, ou qu'une fausse membrane modifiée par le temps, et analogue à celles dont l'étude de la méningite de la convexité du cerveau fera connaître les liaisons avec la dure-mère. Ces doutes m'empêchent de donner place à plusieurs faits qui ont été, d'ailleurs, imparfaitement décrits, et peut-être mal interprétés (2). Toutefois il en est un qui me paraît devoir faire exception.

IXe Obs. — Homme, trente ans. Douleur aiguë et circonscrite de la tempe gauche, perte de la parole, coma; perte, pendant deux mois, de la mémoire des personnes; guérison. Deux ans après, retour de la douleur de la tempe, avec surdité de l'oreille gauche et strabisme interne du même côté. Au bout de quatre mois, la surdité persiste, mais la douleur et le strabisme cessent pour reparaître avec impossibilité de fermer l'œil et instabilité dans la marche. Contraction des muscles du dos et de l'épaule droite; rétention d'urine et paraplégie; mâchoire agitée par de fréquents spasmes du côté droit, coma. Mort. — Derrière la fosse temporale gauche, épais-

(1) Dufour de Montargis, *Journal de Corvisart*, t. XXVII, p. 371.

(2) Prat Bernon, *Journal général*, 2e série, t. XXI, p. 76. — Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 63, etc.

sissement de la dure-mère avec adhérence à l'arachnoïde. Même état du côté de la face postérieure du rocher. Épaississement considérable de la dure-mère sur le passage de la septième paire et de la sixième. Nerf auditif mou, comme gélatineux, et d'un gris rougeâtre. Nerf facial atrophié. Tubercule dans l'hémisphère droit. Petit kyste dans le corps strié du même côté [1].

En général, la symptomatologie de la scléroméningite crânienne est assez bornée. Le phénomène le plus saillant et le plus fréquent est une céphalalgie vive, mais qui, cependant, n'arrache pas de cris; seulement les malades portent souvent la main vers le point le plus sensible. Les facultés intellectuelles sont plutôt déprimées qu'exaltées. Il y a rarement du délire, plus souvent de la somnolence, quelquefois de la fièvre, surtout vers la fin. Le système musculaire est affaibli. On observe des tremblements, des soubresauts, rarement des convulsions. Les vomissements, les inégalités des pupilles n'ont été mentionnés que dans fort peu de cas.

6° On serait tenté de rattacher essentiellement à une lésion de la dure-mère les néo-membranes qui se forment souvent à sa surface interne et y adhèrent plus ou moins; mais ce genre de production accompagne aussi l'inflammation des autres méninges, et il me paraît plus convenable d'en renvoyer l'étude approfondie au moment où il sera possible d'examiner la part qu'y prennent les autres éléments organiques au milieu desquels il s'effectue.

B. — SCLÉROMÉNINGITE RACHIDIENNE.

La scléroméningite peut avoir pour siége la dure-mère spinale. Dans les ramollissements, les tuberculisations, les caries des vertèbres, cette membrane s'affecte facilement, soit que le pus, faisant irruption dans le canal rachidien, la comprime et l'irrite [2], soit que l'inflammation se propage

[1] Christison, observation communiquée à Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 614.

[2] Heurteaux, *Recueil des Travaux de la Société médicale d'Observation*, 1859, t. II, 6e fascicule, p. 153.

par les canaux fibreux qui traversent les trous de conjugaison.

Cette transmission peut venir de plus loin encore; mais il n'est pas toujours facile de déterminer dans quel sens le pus a marché, de dehors en dedans, ou en sens inverse. Voici une observation qui présente ce genre de problème, d'autant plus difficile à résoudre que beaucoup de détails manquent.

X[e] Obs. — Un tanneur, âgé de trente-six ans, est reçu à l'hôpital Saint-Thomas de Londres sans qu'on ait eu de renseignements sur ses antécédents. Il avait souffert pendant quelques jours de douleurs aiguës au dos, spécialement dans la région lombaire, qui devinrent si intenses que le plus léger mouvement était impossible et rendait l'examen du sujet fort difficile. La pression sur l'épine augmentait la douleur. Respiration rapide et abdominale; mais aucun indice de lésion des organes thoraciques ou des autres viscères. Fièvre; symptômes analogues à ceux du delirium tremens; faiblesse, sueurs abondantes, perte de l'usage des membres inférieurs; eschares au sacrum. Mort vers le vingtième jour. — Petits abcès dans la substance corticale des reins, et calculs dans les tubes urinaires. Sur les côtés des corps des vertèbres dorsales, nombreux abcès sous les plèvres et correspondant chacun à un espace intercostal et suivant le trajet des nerfs. Les muscles psoas ont une couleur grisâtre et offrent une fluctuation distincte. Le pus accompagne les nerfs formant le plexus lombaire. Il y a un large abcès dans la fosse iliaque droite. De nombreux abcès se trouvaient le long des gouttières vertébrales, dans les trois régions du rachis. En ouvrant le canal rachidien, on trouva la dure-mère entourée de beaucoup de pus, qui paraissait s'écouler librement par les trous de conjugaison; la dure-mère divisée, on vit beaucoup de pus dans la cavité de l'arachnoïde. La dure-mère était épaisse, mais non vasculaire. Il n'y avait pas de pus sous l'arachnoïde. La moitié inférieure de la moelle épinière était ferme, et la supérieure plus molle qu'à l'ordinaire, sans injection ni altération de texture. Vertèbres et leurs ligaments sains, ainsi que la dure-mère crânienne (1).

La dure-mère peut s'inflammer isolément dans le canal rachidien. Cet état morbide a été étudié avec soin par Albers de Bonn, à l'aide de deux observations qui lui ont servi de

(1) Bristowe, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1854, t. VI, p. 45.

type. Il existe aussi quelques autres faits, qu'il me paraît intéressant de rapprocher.

XIe Obs. — Fille, deux ans, robuste; fièvre, oppression, violentes convulsions. Coma, distorsion des yeux, battements de cœur forts et irréguliers; contractions spasmodiques du diaphragme, déglutition facile, sens inertes, pouls très fréquent; retour des convulsions. Mort trente-trois heures après le premier accès. — Léger épanchement sous l'arachnoïde. Liquide sanguinolent dans la cavité de l'arachnoïde spinale. Entre le canal vertébral et la face externe de la dure-mère, dépôt d'un fluide incolore, d'apparence gélatineuse, très abondant dans la région cervicale et à la partie supérieure de la région dorsale. Moelle plus molle que dans l'état normal (1).

XIIe Obs. — Homme, vingt ans, tempérament sanguin, fabricant de bas. Depuis quelques jours, douleurs vives dans la région rénale droite, pouls 106, peau chaude, langue chargée, urines très colorées, pâleur, air de souffrance. 26 février, sang obtenu de la veine couenneux; douleur augmentée par l'inspiration, céphalalgie, pouls 120. 28, douleurs des reins s'étendant vers l'urètre, rétraction des testicules, engourdissement de la cuisse et du genou, impossibilité de se tenir debout; pouls petit; anxiété. 1er mars, engourdissement aux deux cuisses et aux genoux, douleurs vives au côté droit de la poitrine et à l'épaule, augmentant à chaque inspiration. 3, exacerbation fébrile, toux fréquente. 4, sueur copieuse, urine abondante, joue gauche rouge, dyspnée. 6, urine très colorée, trouble, pouls 130, sensation douloureuse à l'hypocondre droit. Mort le 7. — Poumons adhérents aux côtes droites. Foie volumineux. Deux petits abcès dans le rein droit. A la partie inférieure des vertèbres dorsales, abcès de la grosseur d'une noix, des deux côtés. Dure-mère rachidienne injectée, épaissie, et couverte de matière purulente. Cordon rachidien très injecté, mais sans désorganisation (2).

XIIIe Obs. — Maçon, vingt-deux ans, refroidissement ayant chaud. 28 mai, douleurs dans l'abdomen, chaleur à la poitrine, fièvre, délire, puis abattement, soif, tension du ventre, diarrhée, enfin dyspnée, parole lente, faiblesses fréquentes. Mort le 17 juin. — Épanchement de sang entre les parois du crâne et la dure-mère. Même lésion dans le canal rachidien. La dure-mère y est enflammée et d'une couleur bleuâtre-vineuse dans toute son étendue. Ramollisse-

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 532.

(2) William Jones, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1824, t. XXI, p. 78.

ment de la moelle au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Forte injection vasculaire des parties voisines ([1]).

XIV[e] Obs. — Garçon marchand de vin, vingt-deux ans, excès d'onanisme et de coït. Août, douleurs lombaires, faiblesse des membres inférieurs. Perte rapide de la sensibilité et de la motilité dans ces parties. Intégrité de l'intellect et des mouvements des bras. Séjour forcé au lit. Eschare au sacrum, évacuations alvines et urinaires involontaires. Septembre, suppuration sous l'eschare; somnolence, fièvre, prostration des forces. Accès de dyspnée. Mort dans un état d'asphyxie. — Large dénudation du sacrum. Méninges crâniennes et encéphale dans un état normal. Dure-mère rachidienne de la quatrième vertèbre cervicale à la cinquième dorsale, épaissie et d'un rouge-brun en arrière, ayant là une apparence charnue, et recouverte par deux cuillerées de pus non fétide. Surface antérieure saine. Moelle d'un gris-jaunâtre et ramollie au même point. L'arachnoïde y est injectée. Quantité considérable de pus dans les plèvres, surtout dans la droite; libre communication entre chaque plèvre et le canal vertébral au moyen de deux ou trois petites perforations situées vis à vis l'orifice thoracique des trous de conjugaison ([2]).

XV[e] Obs. — Homme, vingt-trois ans, exposé le 1[er] février à une pluie froide. Pendant trois jours, douleurs entre les épaules remontant vers la tête, avec frissons le soir et sueurs la nuit; soif. Le quatrième jour, mâchoires serrées. Tremblement général, constriction douloureuse à la partie inférieure de la poitrine. Spasmes des muscles du cou, du dos, du ventre. Marche difficile, contraction convulsive des muscles de la face. Tête portée en arrière, et ne pouvant être mue latéralement qu'avec difficulté. Douleurs sur les côtés du cou, augmentée par la pression. Sang d'une saignée couenneux. Sueur profuse. Crampes. Muscle orbiculaire des lèvres tendu comme une corde. Pas de céphalalgie. Parole facile, réponses justes, mais dents serrées. Douleurs lancinantes du milieu du dos au bout des pieds. Douleur vive à l'épigastre et dans les lombes. Urine abondante, rougeâtre d'abord, puis blanche et laiteuse. Constipation. Opisthotonos complet. Sueurs abondantes. Sudamina sur le tronc; dans le sommeil, des ébranlements douloureux et soudains s'étendaient aux membres inférieurs. Rétention d'urine, parole difficile, hoquet, conservation de l'intellect. Mort le vingt-deuxième jour. — Pas de lésion dans le crâne, excepté la turgescence des vaisseaux. Sinus rachidiens pleins de sang. Dure-mère de la cinquième cervicale à la onzième dorsale d'un rouge sombre, même à sa surface externe;

([1]) Crouzit, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1827, n° 139, p. 21.
([2]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 2[e] édit., 1833, p. 97.

rouge cinabre à l'intérieur; au même lieu, elle est épaisse et opaque. La séreuse voisine et la moelle sont parcourues par des petits vaisseaux; mais ni changement de couleur, ni ramollissement, ni induration; il y a deux onces de sérosité à la partie inférieure du canal vertébral [1].

XVI° Obs. — Homme, trente-huit ans, excès de femmes et de vin. Mai, roideur des membres inférieurs, douleur violente et fixe de la fesse gauche, augmentée en juin dans la direction du nerf sciatique. Marche très difficile, station debout presque impossible, tremblements des jambes. Mouvements des membres supérieurs libres. Sens à l'état normal. Le malade sent le milieu du corps serré comme avec une corde. Paraplégie. Sensibilité conservée à gauche. Rétention d'urine. Constipation. Enfin, délire, langue sèche et brune, soubresauts des tendons; face rouge, yeux fixes, dyspnée. Mort. — Sérosité limpide et rouge sous l'arachnoïde cérébelleuse. Vaisseaux cérébraux gorgés de sang. Cerveau consistant. Dure-mère spinale, dans la région lombaire, d'un rouge de cinabre par l'effet de l'injection vasculaire, opaque, épaissie. Plongée dans l'eau pendant deux jours, elle n'a pas perdu sa teinte. Sérosité rouge et limpide autour de la queue de cheval. Arachnoïde et moelle dans l'état naturel. Pas d'altération dans les nerfs des membres [2].

XVII° Obs. — Henri B..., musicien, âgé de trente-huit ans, lymphatique, affaibli par de nombreux excès vénériens, éprouve, au mois d'août 1840, les symptômes d'une pleurésie; puis il ressent de vives douleurs dans les lombes. Ces douleurs persistent et sont accompagnées de difficultés dans les mouvements du tronc et dans la flexion de la tête. (Sangsues, vésicatoires locaux employés sans succès.) Cet homme se présente à l'hôpital Saint-André, et est admis à la Clinique interne le 3 octobre. Il existe une douleur assez forte dans les parois thoraciques, principalement dans le côté gauche, et un peu de toux. Pas de fièvre. (Vésicatoire à la cuisse gauche.) 5, constipation depuis plusieurs jours. (Manne, 70 grammes; sulfate de soude, 8 grammes.) 7, douleurs toujours vives dans le côté gauche du thorax et à l'épigastre. (Ventouses scarifiées sur les points douloureux.) Soulagement. 13, forte douleur dans la région lombaire. (20 sangsues sur cette région.) 14, constipation. (Huile de ricin, 80 grammes.)

16, Douleurs le long des gouttières vertébrales augmentées par la pression. (Marteau de Mayor sur quatre points.) 17, elles sont concentrées aux lombes et ressenties à la partie postérieure des cuisses.

(1) Albers, de Bonn, *Journal für Chir. und Augenh., etc.* (*Gaz. méd*, 1833, p.857.)
(2) *Idem, ibidem.* (*Gaz. méd.*, 1833, p. 858.)

Constipation. (Lavement avec deux gouttes d'huile de croton tiglium. Deux eschares avec la poudre de Vienne sur la région lombaire.) 24, rétention d'urine. Cathétérisme. (Bains avec sulfure de potasse, 60.)

28, douleurs toujours très aiguës, pouls un peu fréquent, évacuations alvines liquides. (Pilules avec extrait de valériane, oxyde de zinc et extrait thébaïque.) 9 novembre, dysurie, constipation, faiblesse des membres inférieurs. (Extrait alcoolique de noix vomique, 0,05; bains de siége.) 21, douleur aiguë à la région lombaire.

23, paraplégie; les mouvements imprimés aux membres inférieurs augmentent la douleur rachidienne. Pouls plein, fréquent; face animée. (Saignée du bras, 150 grammes. Caillot peu consistant, non couenneux.) 27, pouls fréquent, langue blanche; point de fourmillement dans les pieds ni les mains. Membres inférieurs immobiles et insensibles. Insomnie. 28, affaiblissement rapide, pouls petit, très fréquent; yeux entr'ouverts, parole nulle. 29, mort.

Nécropsie. — Maigreur, infiltration à la partie postérieure du tronc, rigidité des membres.

Dure-mère crânienne saine, sinus remplis de sang, infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable, substance cérébrale modérément consistante; peu de sérosité dans les ventricules. Mésocéphale et bulbe rachidien à l'état normal.

La face externe de la dure-mère rachidienne est recouverte, vers le milieu de la région dorsale, surtout à droite et en devant, par une substance solide, comme fongueuse, qui descend jusqu'à la partie inférieure du canal vertébral. Cette matière adhère fortement à la dure-mère. Supérieurement, elle est lisse et rougeâtre, et sans adhérence avec le canal; elle se rétrécit en descendant, puis s'élargit. Inférieurement, elle adhère au canal et surtout au sacrum. En enlevant la dure-mère, la paroi antérieure du canal vertébral paraît en cet endroit dénudée et rugueuse. Dans tous les points du canal où n'existent pas d'adhérences, se trouve une sorte de sanie, et, en quelques points, du véritable pus. Dans le canal sacré, les nerfs sont entourés d'une matière pulpeuse jaunâtre, ayant la consistance du beurre. Dans la région cervicale et dans la moitié supérieure de la région dorsale, la dure-mère est saine. En la divisant dans sa longueur, elle ne présente aucune altération. Seulement, les sinus et les vaisseaux qui accompagnent la queue de cheval sont pleins de sang. Quelques névrilèmes ont une teinte jaune. Les nerfs eux-mêmes ne paraissent pas altérés. L'arachnoïde, la pie-mère et la moelle sont à l'état à peu près normal.

Adhérence de la partie antérieure du poumon gauche au péricarde et à la paroi thoracique. Tissu pulmonaire crépitant. Cœur sain,

mais adhérent au péricarde dans toute sa surface, excepté près de vaisseaux. Intestins, foie et rate sans altération. Nerfs du plexu lombo-sacré intacts. Urèthre et vessie un peu rouges à l'intérieu Reins sains.

Cette observation fournit un nouvel exemple de fauss membrane ou du moins de dépôt couenneux à la surfac externe de la dure-mère. Cette production était épaisse consistante, comme fongueuse et très étendue. Les symp tômes de compression n'ont eu lieu que vers la fin de l maladie. On se rend compte de cette circonstance en remai quant qu'entre la dure-mère et le canal vertébral se trouv un espace qui peut aisément être occupé sans qu'il en ré sulte une forte pression sur la moelle. Du reste, la diversit de rapports de la dure-mère crânienne et de la dure-mèr rachidienne avec les os voisins a déjà servi à explique l'extrême rareté des hémorrhagies extra-méningées d crâne, et leur moindre rareté dans le rachis.

Albers a déduit de ses deux observations des corollaire séméiologiques qui lui semblent propres à caractériser l'ir flammation de la dure-mère spinale. Le diagnostic n'e paraît pas aussi précis à Diesterweg ([1]). Examinons néai moins les points saillants que présentent les faits qui vien nent d'être exposés.

a. — Albers signale d'abord une douleur aiguë au de sous du siége de l'inflammation. Elle est accompagnée d'u sentiment de piqûre et de déchirement. Elle s'étend à l'ép gastre, à la hanche, aux membres inférieurs. Elle siégea aussi à la région lombaire chez le malade de William Jone qui avait une néphrite ; elle s'étendait à la vessie, à l'urèthr aux membres inférieurs. J'ai vu la douleur occuper les p rois du thorax, et simuler, dans le principe, une pleurodyni Elle est surexcitée par une légère pression, qui provoq des crampes. Albers ajoute qu'il n'y a pas de paralysie d membres inférieurs; mais Rochoux a mentionné ce sym

([1]) *De cognitione morborum medullæ spinalis*. Bonnæ, 1836. *Perimeningitis spinalis*.

tôme. Je l'ai vu survenir vers la fin. J'ai fait, en outre, une remarque assez essentielle qui a échappé à Albers, bien que ses observations eussent dû la lui suggérer. C'est l'absence de picotements et de fourmillements à la plante des pieds.

b. — Abercrombie a noté, comme symptôme principal, des convulsions violentes et réitérées. Albers mentionne des mouvements convulsifs vers la face et le cou lorsque la dure-mère est affectée du côté de la région cervicale. Ces mouvements seraient peu fréquents vers les membres supérieurs, et moins encore aux inférieurs. Lorsque l'affection siége à la partie inférieure du canal rachidien, les membres abdominaux seraient pris d'agitation, de spasmes comme tétaniques. Je n'ai rien observé de pareil.

c. — Albers note les tremblements qui auraient lieu au début de la maladie, et qui seraient surtout prononcés quand le sujet essaie de marcher. La tête elle-même s'agite; mais cette trémulation cesse dès que le corps repose dans la position horizontale.

d. — La difficulté d'évacuer l'urine et les matières stercorales a été observée par Albers. J'ai aussi constaté ces deux phénomènes.

e. — Ajoutons une sensation de constriction autour du corps, occupant des régions diverses, selon la hauteur à laquelle la dure-mère serait affectée.

En résumant les points les plus saillants du diagnostic, d'après les observations analysées et la mienne, on peut les énoncer ainsi :

Douleur très vive et persistante sur le trajet du rachis, s'irradiant vers les côtés avec sentiment de constriction, ou vers les membres inférieurs;

Absence de fourmillements à la plante des pieds;

Phénomènes spasmodiques variés;

Paralysie précoce du rectum et de la vessie, paralysie tardive des membres inférieurs.

INFLAMMATION DE LA PIE-MÈRE ET DE L'ARACHNOÏDE OU MÉNINGITE.

On avait d'abord accordé une attention spéciale à l'inflammation de l'arachnoïde, et le titre d'*arachnoïdite* ou d'*arachnitis* servait à désigner la phlegmasie dont nous allons nous occuper. Mais on s'est aperçu que la pie-mère y joue un rôle considérable, peut-être même principal. L'isolement des lésions de ces deux membranes, plus facile à concevoir qu'à constater, a paru inutile à établir, comme compliquant une étude déjà suffisamment ardue. D'ailleurs, n'est-il pas présumable que l'arachnoïde et la pie-mère sont le plus souvent saisies en même temps, et que chacune s'affectant à sa manière, l'une dans sa vascularité, l'autre dans sa faculté sécrétoire, la plus étroite connexion s'établisse dans leurs actes morbides, et rende purement idéale la ligne de démarcation qu'on voudrait tracer? Il convient donc de continuer à se servir du mot collectif de *méningite* pour désigner la double phlegmasie des enveloppes de l'encéphale et de la moelle épinière.

La méningite n'est pas une maladie toujours identique et simple. Elle offre des différences d'étendue et de situation, de nature et d'origine qui exigent des distinctions.

Il y aura à étudier :

1. Une méningite cérébrale générale.
2. Une méningite de la convexité du cerveau.
3. Une méningite de la base du cerveau.
4. Une méningite des ventricules du cerveau.
5. Une méningite du cervelet.
6. Une méningite spinale ou rachidienne.
7. Une méningite cérébro-spinale.
8. Une méningite granuleuse.
9. Une méningite rhumatismale.
10. Une méningite syphilitique.
11. Une méningite par lésion des parois osseuses.

Ces quatre dernières, comme leur nom l'indique assez,

ont une étiologie et une nature spéciales. Quant aux premières, on peut les considérer comme constituant des phlegmasies pures ou franches, ou idiopathiques, que leur situation seule différencie. Toutefois, la septième section présentera une espèce de méningite, qui, si elle se distingue par l'étendue des désordres qu'elle entraîne, diffère aussi par son origine et sa propagation épidémique.

1re SECTION. — MÉNINGITE CÉRÉBRALE GÉNÉRALE.

Cette espèce, embrassant toute la périphérie du cerveau, doit être subdivisée en variétés, selon la nature du produit déposé dans les méninges. Ce produit est de la sérosité, une matière gélatiniforme, du pus, ou bien une fausse membrane.

1re Variété. — Méningite cérébrale générale avec infiltration séreuse.

L'inflammation est le plus souvent caractérisée par la rougeur des méninges, l'injection de leurs vaisseaux, par des adhérences entre leurs feuillets. Elle s'affirme par l'exsudation séreuse qui les pénètre.

XVIIIe Obs. — Enfant, dix mois, robuste. Diarrhée, travail de la dentition; assoupissement, vomissement de liquide jaunâtre, pouls variable, cris plaintifs, regard fixe, contraction tétanique des extenseurs de la tête; spasmes des muscles de la face et des membres. coma. Mort le cinquième jour. — Une once de sérosité claire dans l'arachnoïde de la convexité. Un liquide de couleur opaline entoure les nerfs optiques; il loge dans des espèces de cellules. Arachnoïde très injectée et épaissie [1].

XIXe Obs. — Fille, cinq ans, tristesse. Vomissement, assoupissement, grincements de dents, convulsions, agitation, cris; strabisme convergent, sensibilité de la peau exaltée, pouls 80; tache méningienne prononcée sur le ventre et les cuisses, pupilles dilatées, assoupissement, réveil en criant, pouls 64, ventre déprimé; selles et urines involontaires, pouls 96, puis 128; mouvements conservés, tête en arrière, tronc roide, mouvements oscillatoires des yeux.

[1]) Piorry, *De l'irritation encéphalique*, 1823, p. 28, 14e obs.

Mort le treizième jour. — Épaississement inflammatoire des méni ges. Adhérences aux scissures de Sylvius. Sérosité à la base. Pas granulations. Membrane ventriculaire épaissie (¹).

XXᵉ Obs. — Garçon, huit ans. Céphalalgie, convulsions, stupe insensibilité, irrégularité du pouls. — Cerveau volumineux. Va seaux de la dure-mère et de la pie-mère très injectés. Séros entre les membranes. Deux onces dans les ventricules (²).

XXIᵉ Obs. — Émile Guillet, âgé de dix-sept ans, né à Napolé Vendée, menuisier, est apporté à l'hôpital Saint-André le 5 ju let 1860. Les renseignements qu'on donne sont insuffisants. No apprenons seulement que, depuis cinq ou six jours, ce jeune hom éprouvait des douleurs de tête très vives, et que, ce matin même est tombé sans connaissance et sans mouvement. Il est encore da le même état; on ne peut obtenir aucune parole; il sort de la bouc une écume blanche; la respiration est précipitée et stertoreuse; muscles des avant-bras sont agités de trémoussements; il y a de carphologie; les yeux sont fermés et enfoncés dans les orbites, pupilles dilatées; le malade pousse des gémissements, et, par insta des cris; néanmoins, le pouls est régulier, à 60. (On prescrit imm diatement 12 sangsues à l'anus; de la glace sur la tête; 1 gram de calomel en dix paquets.) 6 juillet, même état; plaques blanchât sur les gencives et les lèvres; dents serrées; évacuation involonta de l'urine; roideur et contracture des membres; pouls 100; tr selles par l'effet du calomel (vésicatoires aux jambes et à la nuq potion avec musc, 60 centigrammes; glace sur la tête). 7 juill assoupissement opiniâtre; yeux toujours fermés et caves; pupil dilatées et immobiles, face décomposée; pouls fréquent, 120; dég tition à peu près impossible; insensibilité; cependant, le mala paraît exprimer de la douleur lorsqu'on fait éprouver à sa tête mouvement de rotation; il donne même alors quelques légers sign d'intelligence (calomel, 1 gramme; musc, 0,50 centigrammes; fr tions sur la tête préalablement rasée, avec onguent napolita 60 grammes; et carbonate d'ammoniaque, 6 grammes). Le soir, connaissance est un peu rétablie; le malade répond à quelq questions; il ne se rappelle rien de ce qui lui est arrivé; il a délire; langue blanche et humide; carphologie; yeux ouver 8 juillet, pas de réponses aux questions; coma prolongé; mouv ments désordonnés des membres; jactitation; carphologie; plaint cris; respiration stertoreuse. Mort le soir.

(¹) Liegard, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1854, nº 304, p. 10.

(²) Powell, *Medical Transactions London*, 1815, t. V, p. 206.

Nécropsie. — Méninges très injectées, rougeâtres, principalement sur les régions latérales et supérieures du cerveau. Plaques noirâtres formées par du sang extravasé dans la pie-mère. A la base du cerveau, au niveau de la décussation des nerfs optiques, infiltration dans les méninges d'une sérosité trouble, lactescente, presque puriforme, assez abondante. La substance cérébrale présente un piqueté rougeâtre peu rapproché. Les ventricules contiennent une sérosité sanguinolente. Le cervelet, la protubérance, le bulbe, la moelle épinière et ses enveloppes n'offrent aucune altération appréciable. L'instestin grêle présente quelques points rouges. Le foie a une teinte violacée dans son lobe gauche. Les autres viscères n'indiquent rien d'anormal.

XXII[e] Obs. — Fille, dix-neuf ans, non réglée. Céphalalgie, douleurs des membres, contracture des bras, convulsions; pupilles contractées, immobiles, puis dilatées alternativement. Mort le onzième jour. — Sérosité trouble, abondante, dans les ventricules latéraux. Arachnoïde enflammée sur la convexité, à la base épaissie, terne, injectée et jaunâtre. Même état sur le cervelet (1).

XXIII[e] Obs. — Soldat, nostalgie, céphalalgie intense, abattement, délire furieux, coma. Mort le cinquième jour. — Congestion cérébrale. Adhérences des feuillets séreux en divers points de la périphérie du cerveau. Sérosité dans les ventricules et à la base. Méninges de la base épaisses, blanchâtres, infiltrées de sérosité (2).

XXIV[e] Obs. — Femme, vingt-cinq ans, mal réglée, leucorrhée. Douleurs abdominales, diarrhées; toux sèche, céphalalgie. 5 octobre, pâleur, maigreur, nausées, épigastre et hypogastre douloureux, constipation. 8, troubles intellectuels, mouvements convulsifs des bras, diminution de la sensibilité, abolition de la motilité, respiration lente. 10, coma profond, insensibilité des deux côtés, pupilles non contractiles, à peine dilatées; yeux dirigés en haut, bouche déviée à droite, rigidité du bras gauche, flaccidité du droit. 11, flaccidité des deux bras. Mort. — Rougeur, opacité, épaississement des méninges sur la convexité des deux hémisphères. Inflammation, teinte laiteuse de l'arachnoïde à la base, sur les nerfs optiques, sur la protubérance et le cervelet. Sérosité dans les ventricules. Tubercules pulmonaires. Ulcérations gastro-intestinales (3).

XXV[e] Obs. — Femme, vingt-six ans, suppression des règles par

(1) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 93, 11[e] obs.

(2) Prat Bernon, *Journal général*, 1823, 2[e] série, t. XXI, p. 90.

(3) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 327.

frayeur. Céphalalgie, yeux rouges, nausées, pouls normal, puis fréquent; mouvements libres; facies altéré; assoupissement, abattement, intellect conservé, pupilles peu sensibles, non dilatées; pas de délire. Mort le dix-septième jour. — Arachnoïde de la base épaissie, et infiltration séreuse à la convexité. Épaississement plus marqué sur certaines anfractuosités, opacité. Sérosité trouble, avec flocons albumineux dans les ventricules ([1]).

XXVI[e] Obs. — Femme, vingt-huit ans, constitution forte. Céphalalgie, délire furieux, réponses inintelligibles, plaintes; mouvements de la tête à droite et à gauche, déglutition difficile, peau chaude, hypocondre droit douloureux, diarrhée, stupeur, yeux tournés en haut, strabisme, mouvements convulsifs des membres supérieurs, hoquet, stertor, tête renversée en arrière. Mort le seizième jour. — Rougeur et injection de toute l'arachnoïde, de la convexité et de son feuillet pariétal, avec adhérence par exsudation et par filaments. A la base, arachnoïde blanche, opaque, épaisse, consistante. Liquide blanchâtre trouble dans les ventricules, dont la membrane interne est rouge, lisse et parsemée de vaisseaux sanguins. Dans le canal vertébral, sérosité purulente ([2]).

XXVII[e] Obs. — Hussard, trente ans, taille haute et grêle, tempérament lymphatique. 7 mars, face animée, yeux rouges, pouls roide et lent, 56; agitation, délire, loquacité, chants. 8, langue brune, sèche; respiration fréquente, entrecoupée; pouls 64, fort, vibrant; jactitation. 9, yeux sensibles à la lumière, déglutition difficile, constipation. 10, assoupissement, face pâle, yeux ternes, enfoncés; hoquet, pouls dépressible, carphologie, sueur visqueuse. Mort le 12. — Inflammation du côté gauche de l'arachnoïde, qui est injectée, épaissie, et baignée par un épanchement séreux, plus abondant vers la base. Pie-mère infiltrée. Substance cérébrale ramollie. Très peu de liquide dans les ventricules. Poumons remplis de granulations demi-transparentes ([3]).

XXVIII[e] Obs. — Homme de bureau, trente-six ans. 2 octobre, convulsions épileptiques violentes. 4, 5, délire furieux. 6, monomanie; le malade se croit empoisonné; pas de fièvre. Le soir, mort. — Arachnoïde opaque, épaissie sur les hémisphères, à la région inférieure du lobe antérieur et sur le cervelet. Pie-mère infiltrée de sérosité. Cerveau parsemé de points rouges. Protubérance annulaire très injectée. Membrane interne du cœur et de l'aorte très rouge ([4]).

([1]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 264, obs. 44.

([2]) *Idem, ibidem*, p. 285, obs. 50.

([3]) Biett, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, n° 73, p. 14.

([4]) Martinet, *Revue médicale*, 1824, t. IV, p. 66.

XXIX[e] Obs. — Femme, quarante ans. Juin, céphalalgie frontale, nausées, vomissements, délire, agitation, hébétude, fréquence du pouls, tête en arrière, dilatation des pupilles, injection des conjonctives. Mort le treizième jour. — Méninges d'un rouge vif, par plaques sur la convexité et à la base. Épaississement, opacité et teinte blanche entre la tige pituitaire et la protubérance. Très peu de sérosité dans les ventricules (¹).

XXX[e] Obs. — Gualat, âgé de cinquante ans, natif de Lormont, près Bordeaux, assez bien constitué, marié, n'accusant d'autre état morbide antérieur que quelques accès de fièvre tierce, est atteint, le 11 septembre 1839, d'une céphalalgie intense, de nausées, de douleurs épigastriques vives, d'un hoquet fréquent et pénible. (Aucun traitement.) Cet homme est admis à la Clinique interne de l'hôpital Saint-André le 20 septembre. Pouls calme, céphalalgie, envies de vomir. Langue un peu blanche, hoquet fréquent, douloureux. Épigastre sensible à la pression, ainsi que les autres régions de l'abdomon. Peu de toux. Expectoration assez abondante, douleur au pharynx.

21, hoquet pendant la nuit, pouls plein, 68; céphalalgie. (Saignée du bras de 360 grammes, caillot mou, non couenneux.) 22, Pouls calme, céphalalgie, hoquet notablement diminué, bouche mauvaise, langue blanche. (Huile de ricin, 60 grammes, avec sirop de limon, 15 grammes; tisane de chiendent, pédiluves sinapisés, lavement.) Quelques selles liquides. 23, vertiges; le hoquet a cessé. Abdomen peu sensible. (Pédiluves, tisane de chiendent, lavement.) 24, quelques rares accès de hoquet, céphalalgie. (3 ventouses scarifiées à la nuque, tisane de chiendent, pédiluves.) Soir, pouls calme, céphalalgie; pas de hoquet. 25, pouls un peu fréquent, épigastre sensible. (Large cataplasme sur cette région, tisane de chiendent gommée, lait.)

26, langue couverte d'un léger enduit muqueux. Coucher en supination, prostration des forces, réponses lentes, paroles incohérentes. Yeux fixes, habituellement fermés. Hoquet rare. (Un large vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds; potion avec musc, 0,25.) Il y a eu une évacuation. Il n'y a eu ni froid ni frisson. Assoupissement habituel. Pupilles un peu dilatées; le bras, soulevé, conserve la position qu'on lui donne, et ne descend que par degrés. Tendance des autres membres à maintenir l'attitude qu'on leur donne. Le malade a laissé tomber le verre qu'on avait mis à sa main. Néanmoins, il s'est levé pour ses évacuations. Pouls à l'état normal. Soir, abattement, peu de réponses. Pouls peu fréquent.

27, pouls naturel. Point de hoquet. Pupilles toujours dilatées.

(¹) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, 5[e] obs., p. 37.

Évacuation involontaire de l'urine. Abdomen souple, non douloureux. (Lavement avec la décoction de séné, chiendent, lait.) 28, le bras, élevé, retombe. Il y a tendance à la contraction des fléchisseurs. Tremblement des membres supérieurs. Pupilles toujours dilatées, ventre souple. Déglutition très difficile, pouls à peu près naturel. (2 larges vésicatoires aux cuisses, 5 sangsues à chaque tempe; potion avec musc, 0,15; lait, bouillon.) 29, contraction permanente des fléchisseurs de l'avant-bras; pas de tremblement. État comateux. Immobilité. Yeux fermés, respiration stertoreuse, front un peu chaud; face colorée; pas de fièvre. (Applications froides sur la tête.) 30, Agonie et mort.

Nécropsie. — Après avoir enlevé la voûte du crâne, on a remarqué du sang sur la dure-mère, principalement le long du sinus longitudinal supérieur. La pie-mère est très injectée. Les deux feuillets de l'arachnoïde ont contracté des adhérences, de sorte que la pie-mère s'enlève avec la dure-mère. Ces membranes sont consistantes et rougeâtres sur toute la périphérie du cerveau. On n'y distingue point de granulations. La substance cérébrale est légèrement ramollie et pointillée. Les ventricules sont distendus; ils contiennent 60 à 70 grammes d'un liquide limpide; le septum lucidum et la voûte à trois piliers sont mous. La glande pinéale est volumineuse, et contient des graviers très sensibles aux doigts. A la surface inférieure du cerveau, il y a un épaississement notable de l'arachnoïde et de la pie-mère. Le cervelet est moins romolli que les autres parties du cerveau.

Le cœur est à l'état normal. Le poumon droit est rempli de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, d'une consistance ferme et d'une couleur grisâtre. Le poumon gauche est adhérent dans toute son étendue, et présente un engouement rougeâtre. A sa partie supérieure, on remarque des granulations analogues à celles du poumon droit. Le diaphragme présente une teinte un peu plus rouge qu'à l'ordinaire. Ses vaisseaux sont injectés.

Il y a beaucoup de graisse dans les replis du péritoine, de la rougeur dans les parois du duodénum, du jéjunum et à la fin de l'iléon. Les valvules conniventes sont très développées. Le tissu de la rate est noirâtre et d'une consistance normale. Le foie est volumineux, et il adhère par sa face supérieure au diaphragme. Une bile fort épaisse est contenue dans la vésicule. Le rein droit est à l'état normal. La face antérieure et le milieu du bord convexe du rein gauche présentent une saillie arrondie d'une couleur jaunâtre, remplie d'une substance pultacée, molle, blanchâtre, logée dans les calices. Le bassinet est rétréci, et l'uretère aboutit à une sorte de cul-de-sac.

2e Variété. — **Méningite cérébrale générale, avec exsudation d'une matière épaisse, gélatiniforme.**

XXXIe Obs. — Enfant, deux mois, bien constitué. Bronchite, rougeole, pneumonie. Tête chaude, portée en arrière; face injectée; convulsions, contractures. Fontanelle antérieure soulevée. — Convexité cérébrale couverte d'une substance consistante, comme de la crème. Une matière analogue pénètre entre les hémisphères jusqu'au corps calleux, et recouvre la base du cerveau, le chiasma et le pont de Varole; elle est placée dans le tissu sous-arachnoïdien. Injection excessive des vaisseaux méningiens. Cerveau mou, comme œdémateux; sérosité à la base (1).

XXXIIe Obs. — Fille, trois mois, délicate; diarrhée. Février, pupilles dilatées, chaleur du front, vomissements. La tête se soutient mal. Cris, somnolence. Paralysie du bras gauche, dyspnée. Légères convulsions. — Dure-mère très adhérente au crâne, à la fosse pariétale droite; elle est épaisse et rugueuse. Taches de lymphe coagulable sur l'arachnoïde, qui est opaque. Sur chaque hémisphère et à la face inférieure du cerveau, sorte de plaque fibrineuse sur l'intervalle des lobes moyens, et s'étendant au côté droit du pont de Varole. Très peu de sérosité dans les ventricules (2).

XXXIIIe Obs. — Enfant, cinq mois. 21 novembre, convulsions. 22, oppression, coma. 23, tressaillements. 24, de nouveau convulsions. Mort. — Couche de matière jaune sur toute la convexité du cerveau et du cervelet, entre l'arachnoïde et la pie-mère. Matière gélatiniforme autour des nerfs optiques et sur la moelle allongée. Une once de pus dans les ventricules (3).

XXXIVe Obs. — Enfant, vingt mois, maigre; diarrhée. Délire, stupeur, somnolence, cris aigus, vomissements. Visage rougissant sous l'impression du doigt. Convulsions pendant huit heures. Mort le troisième jour. — Méningite très étendue. Pie-mère adhérente à la substance grise, qui est ramollie. Infiltration fibrineuse sous-arachnoïdienne à la convexité et à la base du cerveau. Ganglions bronchiques et parenchyme pulmonaire tuberculeux (4).

XXXVe Obs. — Enfant, trois ou quatre ans. Juin, scarlatine, fièvre, coliques. 25, légère fréquence du pouls, pesanteur dans les

(1) Rob. Dunn, *The Lancet*, 1844. (*Archives*, 4e série, t. VI, p. 349.)

(2) David D. Davis, *Acute hydrocephalus water, etc.* London, 1840, p. 161.

(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 78.

(4) *Bulletin de Thérapeutique*, 1847, t. XXXII, p. 319.

yeux. Insomnie, coliques. 26, vomissements; le soir, pouls 120; coma. 27, convulsions de la face et des bras. Pupilles dilatées, insensibles. Mort le 28. — Couche comme membraneuse, jaunâtre, déposée entre l'arachnoïde et la pie-mère, surtout dans les anfractuosités. Concrétion autour des nerfs optiques et sur le cervelet. Pie-mère très injectée. Pas d'épanchement séreux (1).

XXXVIe Obs. — Fille, cinq ans. Juillet, céphalalgie, vomissements bilieux, constipation. Respiration irrégulière, cris; irritation gastro-intestinale. Opisthotonos, yeux tournés en haut, trismus. Convulsions. Mort le douzième jour. — Un peu de sérosité sous l'arachnoïde. Plaques de pus concret sur le trajet des vaisseaux, à la surface des hémisphères. Très peu de sérosité dans les ventricules; à la base, infiltration gélatiniforme et épaississement des méninges. Adhérences à gauche à la tente du cervelet et à la substance cérébrale (2).

XXXVIIe Obs. — Garçon, sept ans, antérieurement pneumonie, avec convulsions. 4 mars, fièvre, assoupissement, diminution de la sensibilité. 6, pouls très fréquent, pupilles contractées, coma. Mort le 7. — Aucune trace de lésion traumatique. Sous l'arachnoïde, large et épaisse couche de lymphe jaunâtre sur toute la surface cérébrale, moins épaisse sur les côtés et à la base. L'exsudation s'étend sur le corps calleux et pénètre entre les circonvolutions, d'où s'écoule, par des sections, une grande quantité de sérosité. Les ventricules contiennent un fluide opaque et trouble, comme s'il eût été mêlé à des produits d'inflammation. Substance cérébrale molle, en même temps tenace, visqueuse et sèche, surtout au contact de la pie-mère, qu'on détache difficilement. Cerveau hyperémié; ni tubercules ni granulations, même dans les poumons (3).

XXXVIIIe Obs. — Garçon, huit ans, lymphatique; diarrhée, fièvre; maigreur, perte de connaissance. 28 novembre, peau sèche, ventre rétracté, dur; soif; urines troubles. Pouls petit, fréquent, régulier. Redoublement le soir, puis pouls lent. Respiration haute, gênée. Pupilles dilatées. Tristesse, plaintes, agitation, selles involontaires. Convulsions partielles de la face, roulement des yeux. Mort le 8 décembre. — Entre la dure-mère et l'hémisphère gauche du cerveau, dans l'arachnoïde, deux onces d'un liquide semblable à du petit lait non clarifié, et avec exsudation albumineuse jaune et molle, facile à enlever. Alors, l'arachnoïde offre son aspect naturel; mais au dessous, le long du sinus longitudinal et dans les anfractuo-

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 73.
(2) Senn, *Méningite aiguë des enfants*. Paris, 1825, 4e obs., p. 12.
(3) Sam. Wilks, *Guy's hospital Reports*, 1860, 3e série, t. VI, p. 115.

sités, se trouve la même matière, plus consistante; elle est infiltrée dans la pie-mère. A la base du cerveau, sérosité purulente, qui s'étend sur la moelle allongée. Presque pas de sérosité dans les ventricules. Cœur volumineux ([1]).

XXXIXe Obs. — Fille, huit ans, frayeur vive, frisson. Pupilles modérément contractées, insensibles; frissons passagers, comme convulsifs; pouls fréquent, faible; trismus. Mort le troisième jour.— Arachnitis de la convexité. Lymphe solide déposée sous l'arachnoïde, à travers laquelle on la voit. Peu de sérosité dans les ventricules. A la base, lymphe infiltrée autour des nerfs optiques ([2]).

XLe Obs.—Fille, huit ans; tristesse, inappétence, toux. Hyperesthésie de la peau. Réponses lentes, céphalalgie, douleur épigastrique, intellect affaibli, regard fixe; pupilles dilatées. Gémissements, cris aigus; vomissement, constipation. Taches cérébrales ou méningitiques peu persistantes; langue rouge à la pointe et sur les bords. Strabisme. Réponses nettes, puis délire loquace; pouls régulier, fréquent; stupeur, assoupissement; peau chaude. Ventre déprimé, respiration irrégulière; urine rendue par regorgement; pas de paralysie. Mort le vingt-sixième jour. — 20 à 30 grammes de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde. Pie-mère injectée. Pas de granulations. A la base, dans la pie-mère, une matière verdâtre, gélatiniforme, qui s'étend dans la scissure de Sylvius. Substance corticale couleur lilas. Dans les ventricules, un peu de sérosité. Poumons sains. Tubercule dans un ganglion bronchique ([3]).

XLIe Obs. — Garçon, neuf ans, scrofuleux et dartreux. Août, vomissements, mouvements convulsifs des bras, troubles de l'intelligence, agitation, pupilles immobiles, paupières fermées, grincements des dents, trismus, cris aigus, sensibilité générale diminuée, pouls non fréquent, constipation; ensuite, perte de connaissance, coma, mouvements convulsifs, carphologie; puis le malade entend, montre sa langue, mais ne parle pas. Mort le neuvième jour. — Rougeur de l'arachnoïde à la surface supérieure du cerveau. Épaississement, opacité et concrétion gélatineuse, membraniforme, verdâtre, sur les nerfs optiques et la protubérance cérébrale. Sérosité floconneuse et blanchâtre dans les ventricules, dont les parois sont recouvertes d'une sorte de membrane grêle et assez épaisse. Tubercules miliaires dans les poumons ([4]).

XLIIe Obs. — Garçon, neuf ans. Douleur au thorax et fièvre.

([1]) Campaignac, dans Tacheron, *Recherches anatomico-pathologiques*, t. III, p. 15.
([2]) Scott, *Archives*, 2e série, t. VIII, p. 381.
([3]) Savouret, Thèses de Paris, 1853, no 134, obs. 9, p. 38.
([4]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 279.

Janvier, tristesse, faiblesse, pâleur, intégrité des sens et de l'intellect, dilatation des pupilles, céphalalgie, pouls lent et faible; puis délire, agitation, cris, convulsions, sens obtus, tête renversée, exécutant des mouvements de rotation; pouls petit, fréquent; roideur des membres, supination, stupeur, injection des conjonctives, serrement des mâchoires, strabisme, sensibilité émoussée, convulsions, une pupille dilatée, l'autre resserrée. Mort le septième jour. — Glandes de Pacchioni développées. Infiltration albumineuse sur le bord supérieur interne de l'hémisphère droit. Infiltration sous-arachnoïdienne. Opacité, épaississement et pus concret sur le carré optique. Sérosité lactescente dans les ventricules ([1]).

XLIII[e] Obs. — Jeune homme, seize ans, maladif, parents épileptiques, polisseur de verres; liseré bleuâtre du collet des dents. D'autres ouvriers du même atelier sont atteints d'accidents saturnins. Il y a un mois, céphalalgie pendant deux jours, constipation. 18 novembre, coma, convulsions, yeux constamment fermés, pupilles contractées, face pâle, narines pulvérulentes, tête renversée en arrière, plaintes sourdes et continuelles; attaques convulsives épileptiformes. Mort le 19. — Couche d'un blanc laiteux sur toute la pie-mère. Dure-mère très adhérente. Les deux hémisphères cérébraux intimement unis. Sablé très marqué du cerveau. Un peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Point de granulations méningiennes. Quelques tubercules crûs dans les poumons ([2]).

XLIV[e] Obs. — Nègre, dix-sept ans, fièvre intense, convulsions, trismus, tétanos incomplet, perte de connaissance. Mort le sixième jour. — Circonvolutions cérébrales recouvertes d'une couenne semblable à celle des plèvres enflammées. Dans les anfractuosités, pus coagulé. Sérosité dans les ventricules. Autour du cervelet, infiltration séreuse. Lymphe épaisse à la base du cerveau, autour des nerfs optiques. Même fluide dans le canal rachidien ([3]).

3[e] Variété. — **Méningite cérébrale générale avec production de pus.**

Cette variété donne une idée complète de la phlegmasie dont il s'agit, soit par son étendue et sa gravité, soit par la présence du pus.

XLV[e] Obs. — Enfant, huit mois, fièvre, insomnie, respiration accélérée, convulsions, strabisme, coma; fontanelle antérieure sail-

([1]) Mitivié, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, n° 258, p. 39.

([2]) Duchesne, *Mémoires de la Société de Biologie*, 1852, p. 137.

([3]) Observation recueillie par Corvisart, an VII (1798), sous le nom de *frénésie*. (Leroux, *Cours de Méd. prat.*, t. VIII, p. 311. — Tacheron, *Recherches anat.-pathol.*, t. III, p. 13.

lante, molle, fluctuante; mouvements convulsifs quand on la comprime; ponction; issue d'un peu de pus et de sérosité sanguinolente. — On trouve du pus entre la dure-mère et l'arachnoïde. Il y en a entre l'arachnoïde et la pie-mère et autour des nerfs optiques. Épanchement dans les ventricules (1).

XLVIe Obs. — Petit nègre, huit mois. Octobre, fièvre, vomissements, assoupissement, convulsions, strabisme, pupilles resserrées, yeux fermés; quand on redresse le sujet, la tête retombe; succion nulle, constipation, pouls 104. Mort le quinzième jour. — Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, couche de matière verdâtre, uniforme, consistante, non grenue, qui s'écrase sous le doigt; c'est du pus ayant pénétré dans les anfractuosités, sur la convexité, sur les parties latérales et à la base. Substance cérébrale ramollie. Quatre cuillerées de sérosité dans les ventricules. Voûte à trois piliers diffluente. Nulle part de granulations (2).

XLVIIe Obs. — Garçon, cinq ans, bien portant. Convulsions, oppression, coma; nouvelle attaque de convulsions. Mort le quatrième jour. — Couche purulente entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur la surface supérieure du cerveau, entre les hémisphères et sur le cervelet. Infiltration gélatiniforme sur les nerfs optiques et la moelle allongée. Dans les ventricules, dont les parois sont ramollies, une once de pus (3).

XLVIIIe Obs. — Garçon, neuf ans. Teigne muqueuse pendant quatre ans, puis guérie; ancienne céphalalgie. Mars, délire, face pâle, pupilles dilatées, globe oculaire renversé, mâchoires serrées, ventre ballonné, sensible; membre supérieur gauche dans un état de roideur tétanique, vomissements. Durée, trois jours. — Quelques traces de phlogose à la face interne de la dure-mère. A la face interne de la pie-mère, sur les hémisphères, couche purulente épaisse de quatre lignes. Épanchement sanguin et séreux dans les ventricules. Surface inférieure du cervelet enflammée et en quelques points suppurée. Sept lombrics dans les intestins. Quelques points de suppuration sur le grand lobe du foie (4).

XLIXe Obs. — Garçon, neuf ans. 27 février, malaise, frisson, vomissement bilieux, douleur au côté gauche de la poitrine sans toux. 28, perte de connaissance, mussitation, inquiétude, peau froide et pâle, pouls 120, faible; yeux injectés, pupilles sensibles à

(1) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 77.
(2) Rufz, *Gazette médicale*, 1841, t. IX, p. 49.
(3) Charpentier, *Nature de l'Hydrocéphale aiguë*. Paris, 1829, 18e obs., p. 190.
(4) Serrière, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. VI, p. 509.

la lumière, la droite resserrée, la gauche dilatée; urine involontaire, tête fortement inclinée à droite. 29, quelques taches rouges sur la face main droite roide, la gauche portée sans cesse vers la tête; mouvements spasmodiques dans les yeux et la bouche, respirations 28 bras droit paralysé, pus dans la chambre antérieure de l'œil droit Mort le 2 mars. — Caillot fibrineux dans le sinus longitudinal. Sous l'arachnoïde de la convexité, exsudation purulente dans les anfractuosités et dans les scissures de Sylvius. Cerveau consistant. Un peu de sérosité dans les ventricules. A la base du cerveau, beaucoup de pus épais sur les nerfs optiques et la cinquième paire, surtout du côté droit; le pus a pénétré entre les fibres nerveuses. Il y en a beaucoup autour de la septième paire droite, ainsi que sur l'arachnoïde du cervelet ([1]).

L° Obs. — Garçon, dix ans. Engorgement des glandes cervicales gale, etc. Décembre, céphalalgie péri-orbitaire, insomnie, faiblesse tristesse, assoupissement, pâleur avec coloration rouge des pommettes pouls petit, fréquent; peau chaude, sèche; vomissements verdâtres convulsions, délire. Mort le cinquième jour. — Arachnoïde infiltrée d'un liquide séro-purulent, plus abondant à la convexité qu'à la base Sérosité lactescente dans les ventricules ([2]).

LI° Obs. — Garçon, onze ans. Chute sur la glace avec percussion à la tête. Céphalalgie intense, chaleur au front, mais possibilité de travailler. Février, nouvelle chute, sans que la tête ait porté; néanmoins, céphalalgie, pouls petit et fréquent, face pâle avec expression d'angoisses. Délire, loquacité, avec une remarquable perfection de la mémoire; yeux toujours ouverts. Même état jusqu'au 7 mars, deux heures avant la mort. — Surface du cerveau, au sommet, à la base et sur les côtés, de teinte jaunâtre, couverte de pus, en partie situé sous l'arachnoïde, en partie répandu entre celle-ci et la dure-mère Un peu de pus et d'eau dans les ventricules. Pus sur le cervelet ([3])

LII° Obs. — Garçon, onze ans, fort, exposé au soleil. En juin, invasion brusque; céphalalgie, frissons, claquement des dents, fièvre, vomissements bilieux, somnolence, selles régulières; l'intelligence revient, la fièvre cesse, mais avec des redoublements chaque jour. Agitation, intellect conservé, pouls 88-100, intermittent, inégal; chaleur vive et sèche, respiration 40-44, langue sèche, râpeuse, rouge; délire (saignée, caillot ferme, couenne); puis intelligence nette, soubresauts des tendons, pupilles très dilatées, pouls 136;

([1]) Cock et Isaacks, *New-York Journal of Medicine*, 1853, march, p. 200.
([2]) Miliviė. Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, n° 258, p. 37.
([3]) Summer, *American Journal of med. Science*, 1845, april, p. 519.

carphologie, déglutition difficile, contraction spasmodique des muscles de la face, convulsions générales. Mort le septième jour. — Caillot de sang dans le sinus longitudinal. Pus concret jaunâtre dans l'arachnoïde, sur l'hémisphère droit, dans la fosse temporale. Tissu sous-arachnoïdien infiltré de pus concret jaune, sur les hémisphères, surtout à droite, et à la base, au niveau du chiasma. Substance médullaire piquetée. Très peu de sérosité dans les ventricules. Voûte ramollie. Ni tubercules, ni granulations (1).

LIIIe Obs. — Garçon, douze ans, bonne constitution. Péricardite, pleuro-pneumonie à marche lente; épanchement thoracique gauche. Céphalalgie intense, délire, vomissements, fièvre, stupeur, somnolence. Mort le cinquième jour. — A la surface du cerveau, plaques jaunâtres de la couleur du pus, entre l'arachnoïde et la pie-mère. Sérosité louche d'aspect purulent dans les ventricules. A la base, dans la cavité de l'arachnoïde, et sous cette membrane, se trouve une couche d'exsudation purulente, à l'état liquide et sous la forme de fausses membranes élastiques et assez consistantes. L'examen microscopique montre des globules de pus à l'état le plus parfait. On reconnaît un ou plusieurs noyaux. La lymphe plastique, la sérosité trouble des ventricules, offrent aussi, au microscope, des globules de pus, des globules pyoïdes et des globules pâles à un seul noyau; on y voit quelques globules de sang déformés (2).

LIVe Obs. — Garçon, treize ans. Mai, nausées, vomissements, céphalagie, fièvre, face abattue, traits altérés, nez effilé, yeux caves, fixes, ternes; tête en arrière; langue rouge, sèche; pouls fréquent, serré, dur; mouvements continuels, contractions spasmodiques des membres, convulsions, délire furieux, face très rouge, lèvres brunes, gercées; yeux fixes ou roulants, sueur abondante, soif vive. Mort le septième jour. — Arachnoïde enflammée dans toute son étendue. Exsudation puriforme dans la pie-mère, surtout aux régions latérales. Cerveau mou. Six onces de sérosité dans les ventricules, avec quelques flocons albumineux (3).

LVe Obs. — Garçon, treize ans, malade depuis trois semaines. Mars, céphalalgie, nausées; coucher en supination, assoupissement, léger délire, agitation, soupirs, cris plaintifs, réponses tardives; pouls dur, peu fréquent, puis accéléré; roideur des membres, mouvements convulsifs, urines avec sédiment floconneux, renversement de la tête en arrière, les pupilles se contractent, puis se dilatent;

(1) Rilliet, *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 45.
(2) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. I, p. 158.
(3) Mitivié, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, n° 258, p. 42.

trismus, alternative de stupeur et de délire, paralysie de la paupière supérieure gauche, intellect obtus. Mort le vingt-septième jour. — Quelques adhérences filamenteuses de l'arachnoïde de la convexité. Cinq onces de sérosité légèrement trouble dans les ventricules. Arachnoïde blanchâtre, épaissie, surtout à la scissure de Sylvius droite et sur les faces latérales des hémisphères. Infiltration séro-purulente dans les sillons des olfactifs. Cerveau ferme (¹).

LVIe Obs. — Garçon, treize ans; céphalalgie, fièvre, délire, mouvements convulsifs du bras et de la jambe gauches, puis de la face. Hémiplégie gauche, aphonie, coma. Mâchoires serrées, déglutition impossible; yeux demi-fermés, immobiles; pupille droite plus dilatée que la gauche. Strabisme; stertor; pouls 130. Mort le treizième jour. — Pus épaissi sous l'arachnoïde, sur les deux hémisphères et dans les anfractuosités; arachnoïde opaque. Très peu de sérosité dans les ventricules. Points purulents à la face inférieure. Couche purulente sur le cervelet (²).

LVIIe Obs. — Fille, treize ans, scrofules, toux. 18 juillet, céphalalgie, vomissements; pouls lent, puis fréquent. Délire, agitation, insomnie. Sensibilité et motilité conservées aux membres. Oscillations, dilatation inégale des pupilles. Perte et retour de la connaissance, somnolence. Mort le 25. — Injection et infiltration sanguine dans les méninges, sur les hémisphères; infiltration séreuse et purulente à la base. Cerveau injecté. Pas de ramollissement central; peu de sérosité dans les ventricules. Ramollissement de la moelle à la fin de la région dorsale. Tubercules pulmonaires. Gastro-entérite. Ulcérations dans le cœcum (³).

LVIIIe Obs. — Fille, seize ans, céphalalgie, nausées; assoupissement, face colorée; strabisme, yeux injectés, mouvements convulsifs; tête renversée en arrière, délire; la malade s'agite, chante, rit, gémit ou crie. Coma, pupilles dilatées, trismus; yeux inégalement ouverts. Mort le dix-septième jour. — Injection fine des méninges à la convexité; à la base, opacité, épaississement considérable, ainsi que sur les tubercules quadrijumeaux, les pédoncules, le ver supérieur du cervelet, avec infiltration de pus. Ramollissement de la couche optique droite; très peu de sérosité dans les ventricules. Cerveau ferme, très injecté (⁴).

LIXe Obs. — Jeune homme, dix-sept ans, fort et bien portant,

(¹) Mitivié, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, nº 258, p. 31.

(²) Guibert, *Journal Complémentaire*, t. XXXI, p. 97.

(³) Berton, *Maladies des Enfants*, 12e obs., p. 82.

(⁴) Deslandes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, nº 119, p. 16, obs. vi.

exercices gymnastiques excessifs le 11 mars. Le lendemain, il va dans une église chauffée, et ensuite dine. Vers minuit, réveillé par une violente douleur et une chaleur brûlante dans l'œil gauche. La douleur diminue, puis revient. Délire, cris de détresse. Yeux fermés, bouche à demi-ouverte, tête renversée en arrière. Face très pâle. Respiration plaintive, parfois gémissements, paroles entrecoupées; mussitation. Toutefois, réponses assez justes; mais les questions paraissent importuner le malade, qui se couche sur le côté opposé du lit, et place sa tête sous les couvertures. Il dit que la douleur a quitté son œil, et s'est établie à la nuque, où la plus légère pression est très sensible. Pouls mou et régulier, 84, s'élevant à 120 par un simple changement de position. Peau chaude et humide. Délire pendant la nuit. Le troisième jour, affaissement, somnolence, mais possibilité de reprendre ses sens et de parler en se plaignant. Pouls 100, ouïe obtuse, pupilles fixes; cécité. Le soir, coma profond, sueur; pouls 140; respiration, 70. Bouche pleine d'écume. Mort le quatrième jour. — Surface des hémisphères de couleur verdâtre par effusion de pus sous l'arachnoïde, qui a conservé sa transparence et sa structure. Pie-mère très vasculaire; le pus, mêlé avec une matière assez consistante, suit les courbures des anfractuosités, et y pénètre. Le siége principal de l'effusion purulente est à la surface des lobes antérieurs du cerveau, à la base de cet organe, sur le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée. En pressant la glande pituitaire, on fait sortir par l'infundibulum divisé quelques gouttes de pus. Cerveau de couleur et de consistance naturelles, mais plus vasculaire qu'à l'ordinaire; deux onces de sérosité limpide dans les ventricules. Plexus choroïdes pâles (¹).

LXe Obs. — Paul Merle, âgé de dix-sept ans, natif des Hautes-Pyrénées, cordonnier, de constitution faible, éprouve le 11 novembre 1858, sans cause connue, de violentes douleurs de tête, avec fièvre intense. Bientôt après, ce malade est dans l'impossibilité de parler. Apporté le 14 novembre à l'hôpital Saint-André, Merle peut à peine articuler quelques mots pour accuser la céphalalgie qu'il éprouve. Pouls peu fréquent, tendance manifeste à la prostration des forces; somnolence, pupilles dilatées; la pression provoque un peu de douleur à l'épigastre et dans les autres régions de l'abdomen. (Potion avec acétate d'ammoniaque, 4; sinapismes aux pieds.) 15 et 16, assoupissement, mais parole plus facile; ventre moins douloureux. (Calomel, 0,50, et résine de scammonée, 0,30.) 18, pouls un peu fréquent; état d'hébétude; léger strabisme convergent; évacuations alvines abondantes. 19, langue noirâtre; intelligence très

(¹) Crampton, *Medico-chirurgical Review*, 1833, january, n° 35, p. 238.

altérée, assoupissement. Fièvre; peau chaude. (Vésicatoires aux jambes, potion avec la teinture de musc.) 20, état plus grave, déglutition impossible, torpeur croissante; néanmoins, sensibilité et motilité conservées; peau chaude; pouls plein et fréquent. 21, pupilles dilatées, ventre déprimé, maigreur extrême; sueur, carphologie, etc. Mort le 22.

Nécropsie. — La surface externe de la dure-mère a une teinte rouge violacée. La faux du cerveau présente une ouverture congénitale d'environ 6 centimètres, permettant l'adossement et l'union des deux hémisphères cérébraux. Vaisseaux de la périphérie du cerveau fortement engorgés, principalement à la partie latérale interne de l'hémisphère gauche. On trouve sous l'arachnoïde du pus concret de couleur jaunâtre, de consistance caséeuse. A la base du cerveau, l'injection est très prononcée, l'arachnoïde épaissie, mais sans matière purulente. La substance cérébrale est partout un peu molle, avec une teinte légèrement jaunâtre. Il y a, en outre, en quelques points, un piqueté assez marqué. A l'ouverture du ventricule gauche, il s'écoule de 25 à 30 grammes de sérosité; léger ramollissement du septum lucidum et de la voûte à trois piliers. Les autres organes du système nerveux sont à l'état normal; l'examen des organes thoraciques et abdominaux n'offre rien à noter, si ce n'est la disparition presque complète du tissu adipeux.

LXIe Obs. — Garçon, dix-huit ans, grêle; stomatite mercurielle, péricardite et pleurésie. Depuis cinq ou six jours, céphalalgie, nausées, douleur de ventre, diarrhée; frissons, fièvre, faiblesse. Yeux sensibles, intellect obtus. Langue effilée, rouge à la pointe et sur les bords. Soif vive, abdomen souple, urine rare. Pouls lent, engourdissement général. (Sang d'une saignée non couenneux.) Amélioration, puis somnolence. Douzième jour, délire, selles involontaires; pouls 64. Même état pendant trois jours. Alors, strabisme, réponses nulles, langue sèche, évacuations involontaires; pouls 108, 116; coma; dilatation de la pupille gauche. — Arachnoïde de la surface supérieure sèche, poisseuse, terne; pie-mère infiltrée de sérosité jaunâtre et de pus; vaisseaux injectés. A la base, épaississement considérable de la pie-mère, infiltrée d'une matière opaque et jaunâtre; les plexus choroïdes offrent la même altération [1].

LXIIe Obs. — Serrurier, dix-neuf ans. Mai, délire violent, rétention d'urine, stupeur; pupilles très larges, insensibles. Yeux injectés, agités; roideur des muscles du bras, soubresauts des tendons, sensibilité cutanée conservée; météorisme du ventre. Pouls fort, 108;

[1] Rostan, *Gazette des Hôpitaux*, t X, p. 166.

puis petit, 168. Respiration embarrassée, agitation excessive. Teinte ictérique de la peau. Mort le huitième jour. — Cerveau ramolli; circonvolutions aplaties. Pie-mère rouge, épaissie, séparée de l'arachnoïde par une couche de pus, sur l'hémisphère droit, à la base, et sur le cervelet; sérosité trouble dans les ventricules. Glandes de Pacchioni volumineuses et ramollies. Ramollissement de la muqueuse gastrique (1).

LXIIIe Obs. — Femme, vingt-sept ans; suppression des menstrues par une frayeur vive. Fatigue par un long voyage. Octobre, syncope, céphalalgie, léger délire; pouls fréquent. Mouvements convulsifs à droite, paralysie à gauche. Pupilles très dilatées; paupière droite paralysée. Mort le sixième jour. — Pus sur la convexité du cerveau et à la base, vers l'entrecroisement des nerfs optiques. Ventricule droit contenant un peu de sérosité trouble (2).

LXIVe Obs. — Femme, vingt-huit ans; érysipèle de la face et du crâne, suivie de l'ulcération des paupières. Trois semaines après, fièvre continue, céphalalgie frontale. Sensibilité conservée, parole libre, désir de quitter le lit. Yeux hagards; la malade soupe, se couche; mais au milieu de la nuit coma, et mort dans la matinée. — Lobes antérieurs du cerveau recouverts par une couche de matière jaunâtre, épaisse, visqueuse, située entre la pie-mère et l'arachnoïde, s'étendant entre les circonvolutions. Ces deux membranes sont épaissies et se détachent aisément du cerveau. Les hémisphères adhèrent à la faux par une fausse membrane qui s'étend jusqu'à l'apophyse crista galli et sur le corps calleux. Deux onces de sérosité trouble, blanchâtre dans les ventricules. Glande pinéale enveloppée de matière purulente, ainsi que les nerfs optiques. Bord postérieur des deux lobes cérébelleux et pont de Varole recouverts de matière gélatiniforme, jaunâtre (3).

LXVe Obs. — P..., âgé de trente-six ans, commis chez un négociant, célibataire, d'un tempérament sanguin, avec exubérance adipeuse; peau brune et cheveux noirs, taille moyenne, mangeant beaucoup, mais menant une vie très active, avait eu un abcès à la fesse qui fut mal soigné, mais qui cependant guérit.

Dans le mois de février, il survint du malaise, des maux de tête, et on remarqua que le malade, instinctivement ou par motif raisonné, pour ne pas augmenter ses souffrances, prisait moins de tabac qu'à l'ordinaire.

Le 16 mars, il se sent plus indisposé, et va se promener pour se

(1) Brodard-Leroy, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 147, p. 24.
(2) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 190.
(3) Alex. Kilgour, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1840, t. LIII, p. 356.

réchauffer. Le 17, un accès de fièvre a lieu. L'invasion est marquée par un frisson vif et prolongé. Le 18, nouvel accès, avec violente céphalalgie, sans délire ni spasmes. Il se termine par une apyrexie complète, mais la tête reste douloureuse. Le 19, à midi, nouveau frisson, fièvre, céphalalgie intense, agitation continuelle, léger délire.

Cet état inquiétant les amis du malade, une consultation est demandée. Je suis appelé à neuf heures du soir. P... reconnaissait les personnes placées auprès de lui; il parlait, mais sa parole était embarrassée. Il fixait difficilement les objets. Il se levait souvent sur son séant, et repoussait les couvertures, comme pour s'élancer hors du lit. Les pupilles n'étaient point dilatées; elles étaient plutôt contractées. Les yeux, naturellement saillants, étaient à demi-voilés par les paupières appesanties. Le malade accusait une douleur céphalique excessive, située au front, à l'occiput et à la nuque; le pouls était très concentré, fréquent; la face pâle, le front humecté de sueur, ainsi que le cou et les membres supérieurs. Il n'y avait que peu de chaleur. La langue n'offrait rien d'anormal; l'épigastre était un peu sensible à la pression. Les diverses autres régions ou fonctions ne présentaient rien de remarquable.

Je proposai de pratiquer une saignée du pied, de mettre des vésicatoires aux jambes et de donner le sulfate de quinine par la bouche et en lavement. Le médecin ordinaire hésita quant à la saignée. Les autres moyens furent immédiatement employés.

Le 20 au matin, après avoir employé la nuit à l'administration régulière du quinquina, il y avait du calme; le moral était dans un état satisfaisant. Mais, à dix heures, nouveau frisson, fièvre, céphalalgie très forte; délire, agitation excessive, parole très gênée, entrecoupée, inintelligible; mouvements violents, efforts pour se lever; pouls fréquent, dur, concentré. Face pâle, yeux à demi-fermés, ne se fixant sur aucun objet; pupilles resserrées. A midi, nous décidons que des corps froids seront appliqués sur la tête, et que la saignée du pied sera immédiatement pratiquée. Celle-ci est suivie d'un vomissement bilieux et de calme pendant trois heures; mais une violente réaction survient; la respiration s'embarrasse, et le malade expire à six heures du soir.

Nécropsie le 22. Toute la surface du corps est recouverte de larges ecchymoses. Les os du crâne sont épais. La dure-mère est très adhérente à leur surface interne; mais, dans les fosses occipitales et pariétales, elle en est séparée par des infiltrations de sang encore liquide. La face interne de la dure-mère n'offre, dans toute son étendue, aucune altération. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde, sur la partie supérieure des hémisphères cérébraux et à leur face interne, est intimement uni à la pie-mère. Ces deux membranes ont

une épaisseur de deux lignes, et une couleur jaune-verdâtre. Elles sont infiltrées d'une grande quantité de pus. L'arachnoïde de la face inférieure du cerveau est épaissie et opaque.

La substance cérébrale, aisément dénudée par le soulèvement des méninges, est saine, mais injectée. Les ventricules contiennent un peu de sérosité purulente. Les plexus choroïdes et la toile choroïdienne sont consistants.

Le rachis n'a pas été ouvert; mais son orifice supérieur, attentivement examiné, n'a rien offert de pathologique.

Poumons engoués, sains. Cœur normal, offrant une teinte rougeâtre, uniforme à la surface interne de toutes ses cavités. Viscères abdominaux injectés et sains, ayant une teinte rouge brun également répandue. Épiploon chargé de graisse. Foie, rate, reins sains.

LXVIe Obs. — Cordonnier, trente-huit ans, constitution forte, ancienne cécité de l'œil gauche. Fréquents accès de céphalalgie du même côté. Il y a quatorze mois, coup sur le crâne; depuis, maux de tête plus réitérés, étourdissements. 13 juin, souffrances plus violentes, malaise général, fièvre intense. 16, délire passager, mouvements musculaires faciles. 17, assoupissement. 19, quand on réveille le malade, il ne répond pas et regarde autour de lui d'un air hébété; sensibilité cutanée obtuse, motilité conservée, évacuations involontaires, apyrexie. 21, fièvre, coma, soubresauts des tendons; le sang d'une saignée se couvre d'une couenne épaisse. 22, paupière gauche abaissée, œil droit ouvert, fixe et terne, avec sa pupille large et immobile; joue gauche soulevée par l'air expiré; bras droit en état de résolution, bras gauche conservant encore quelque énergie; soubresauts des tendons des deux avant-bras; insensibilité de la peau des deux côtés, stertor, fréquence du pouls, sueur abondante. Mort. — Adhérences celluleuses entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Pie-mère de la convexité vivement injectée, et infiltrée d'un liquide purulent sur le lobe moyen gauche et sur le lobe antérieur droit; ce pus est blanc opaque et d'une assez grande consistance. Ventricules latéraux très distendus par un liquide séreux, semblable à du petit lait non clarifié. Chaque cavité ancyroïde est remplie par des flocons albumineux. Veines des parois des ventricules gorgées de sang noir. Méninges de la base injectées. Couche purulente épaisse sur le pédoncule cérébral gauche, la moitié gauche du mésocéphale et du bulbe rachidien, et sur les nerfs qui en émanent. Pas d'altération de la substance nerveuse elle-même. Méninges spinales et moelle saines. Plaques rouges dans l'estomac. Rétine ossifiée ([1]).

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 119.

LXVIIe Obs. — Barbe Gratau, âgée de trente-huit ans, est née à Strasbourg; elle est culottière à Bordeaux; mariée, elle a eu deux enfants, le second il y a dix ans. Sa constitution parait bonne, sa conformation régulière, son tempérament sanguin; elle a les iris bleues, les cheveux gris, la peau brune. Menstruée dès l'âge de douze ans, et toujours d'une manière régulière, elle l'était encore la semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital. Depuis quatre ans, elle est sujette à des maux de tête, parfois très forts; il y a quinze jours, ces douleurs sont devenues intenses, et souvent lancinantes. Il y a eu obscurcissement de la vue, vertiges, sifflement d'oreilles, quelques douleurs épigastriques, inappétence, sécheresse et amertume de la bouche, nausées et vomissements, deux ou trois fois par jour, de matières liquides et jaunâtres; constipation opiniâtre; pas de toux ni de douleur au thorax; mouvement fébrile quotidien, régulier, débutant ordinairement vers quatre heures de l'après-midi par un sentiment de froid aux lombes et des frissons durant environ une heure et demie. A la chaleur ne succédait pas de sueur. Insomnie, impossibilité absolue de travailler. Cette femme entre à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne, le 5 décembre 1845. On note : Peau chaude; pouls non fréquent, serré, peu plein; attitude immobile; tête s'appuyant comme un corps inerte sur l'oreiller; stupeur très marquée; néanmoins, la malade conserve assez l'usage de ses facultés intellectuelles; face colorée. Céphalalgie très intense; élancements dans toute la tête, principalement vers la région occipitale; trouble de la vue; pupilles plutôt resserrées que dilatées; léger prolapsus des paupières; faiblesse musculaire très grande; langue et lèvres très sèches; dégoût; abdomen sensible à la pression, mais souple; constipation; pas de toux; thorax sonore. (Saignée du pied copieuse; 5 sangsues derrière chaque oreille; tisane de chiendent; lavement miellé.) *Soir*. La malade est mieux; ses réponses sont assez précises; on n'a point appliqué de sangsues.

6 décembre. Prostration des forces; réponses vagues et lentes, difficilement obtenues; pouls à peu près normal quant à la fréquence; quelques mouvements automatiques. (Vésicatoires aux jambes.) *Soir*. Même situation; tête soutenue par la main gauche; céphalalgie moins intense; langue très sèche, recouverte d'un enduit verdâtre; la malade qui s'est levée pour uriner, serait tombée si on ne l'avait pas soutenue; pas de selles.

7. Fréquence du pouls; langue sèche; somnolence; douleurs le long du rachis. (3 ventouses scarifiées sur les points douloureux.) *Soir*. Pouls plus fréquent; incohérence dans les paroles; réponses incomplètes; décubitus sur le côté gauche; langue rouge et sèche; face colorée; pupilles un peu resserrées; souplesse des membres.

8. Les mouvements de rotation imprimés à la tête provoquent une sensation très douloureuse; la langue est rouge, moins sèche, et difficilement montrée. Pupilles légèrement dilatées; pouls fréquent, assez développé; pommette gauche colorée. (8 sangsues derrière l'oreille; raser la tête et y faire des onctions avec la pommade mercurielle.) *Soir.* Pouls dépressible et fréquent; réponses plus faciles et même assez précises; pupilles à peu près naturelles; langue rouge, lisse, un peu sèche, sans enduit; constipation; urine un peu rouge, évacuée involontairement.

9. Cris plaintifs de temps à autre; pouls 120; soubresauts des tendons; pas de selles; urine volontaire. (Long vésicatoire étendu du front à la nuque; frictions mercurielles sur les côtés.) *Soir.* Les douleurs crâniennes conservent encore le même caractère d'intensité, surtout lorsqu'on remue la tête ou qu'on fait ouvrir la bouche; pupilles légèrement dilatées; prostration; somnolence; on obtient difficilement quelques réponses; face colorée; pouls mou et fréquent; langue peu rouge, sans enduit; abdomen non douloureux; pas de selles; urines rendues volontairement; pas de délire; point de soubresauts des tendons; souplesse de tous les membres.

10. L'œil droit s'ouvre moins que le gauche; pas de céphalalgie; langue fort rouge; assoupissement, révasseries; pouls fréquent, il ne parait pas affaibli; urines involontaires, assez copieuses; réponses assez faciles quand on réveille la malade et qu'on provoque son attention. (Frictions répétées sur le crâne avec l'onguent napolitain.) *Soir.* L'œil droit reste fermé; l'œil gauche est ouvert à moitié; délire sourd; révasseries; pupille gauche un peu plus dilatée que la droite; face ayant un air d'hébétude; pommettes colorées, un peu plus au côté gauche; point d'agitation; réponses en général négatives quand on demande si la tête fait mal; langue très rouge, lisse, sèche; nez un peu rouge, comme effilé; front ridé; face grippée; incohérence dans les idées; quand on dit à la malade de tirer la langue, elle parle d'objets divers; urines involontaires.

11. Langue très rouge; la paupière de l'œil gauche se relève mieux que celle du droit; pouls 126; ni selles, ni vomissement. *Soir.* Pouls toujours fréquent, dur et serré; quelques mouvements des tendons; un peu de roideur des membres gauches; œil gauche plus ouvert que le droit; la pupille se resserre un peu de ce côté par l'action de la lumière; la pupille gauche reste, au contraire, bien dilatée; délire sourd; révasseries; la langue est toujours très rouge; urines involontaires, assez copieuses.

12. Pupille gauche très dilatée; la pupille du côté droit se resserre encore un peu par l'action de la lumière; pouls donnant la sensation d'une corde de violon; il est dur, serré, vibrant sous le doigt, très

tendu, les pulsations sont très fréquentes (140), presque confondues entre elles, et d'autant plus difficiles à percevoir, que les bras sont agités d'un tremblement convulsif analogue à celui de la première période d'une fièvre intermittente; ce tremblement affecte la totalité du corps; sensibilité conservée; paupière de l'œil gauche abaissée, celle de l'œil droit relevée; pupille gauche très dilatée, ainsi que celle de l'œil droit; marmottement; quelques phrases coupées, incohérentes; la malade ne prend qu'une part incomplète à ce qui se passe autour d'elle, elle se plaint d'une sensation de froid; urines involontaires, assez copieuses. (2 sangsues dans une narine; 1 gramme de calomel en dix doses; lavement avec miel commun, 30,0.)

Soir. Pouls très fréquent, il se déprime sensiblement; pupilles dilatées, immobiles; pupille gauche beaucoup plus dilatée que la droite; pas de selles, mais urines assez copieuses et involontaires; immobilité habituelle des traits de la face et de tout le corps; le soulèvement de la tête occasionne un état de gêne et de souffrance que dénote l'expression de la face; aucun indice de douleur n'est donné dès que la tête est appuyée; on ne peut obtenir de réponses assez précises, bien que la malade paraisse encore écouter et entendre assez bien lorsqu'on éveille fortement son attention.

13. Les sangsues ont fait couler le sang à la manière d'une épistaxis naturelle; bouche pleine de sang, provenant de l'hémorrhagie nasale; presque tous les symptômes se sont aggravés; décubitus latéral droit; tête chaude; œil droit plus ouvert que le gauche, la pupille se contracte; parfois râle trachéal, qu'un déplacement des mucosités fait disparaître; la malade marmotte quelques paroles et répond aux questions; et les membres supérieurs sont sous l'influence de la volonté; chaleur de la peau brûlante; pouls rapide, régulier, facile à déprimer, 120 pulsations. (Calomel, 1,50, en vingt paquets, un toutes les heures; lavement émollient; sinapismes; vésicatoire derrière l'oreille gauche.)

Soir. Tête inclinée à droite; peau d'une température égale, modérée dans toutes les parties du corps; le sentiment et le mouvement se conservent; prolapsus de la paupière supérieure gauche, permettant de voir le segment inférieur de la cornée; mobilité de la paupière supérieure de l'œil droit; pupilles bien dilatées, pupille gauche beaucoup plus dilatée; immobilité complète de l'œil gauche, le droit se tourne tantôt en dehors, tantôt en dedans, et parfois semble fixer les objets; bouffissure de la paupière inférieure du côté droit; la volonté a encore quelque empire; la malade tient les bras en l'air, et les fait retomber quand on l'y engage; bien que sa tête soit portée du côté droit, elle peut la tourner volontairement à gauche; elle appelle l'infirmière par son nom; des réponses assez

précises et divers gestes ne laissent pas douter de la persistance de l'intellect; pouls très rapide, déprimé, mais perceptible, donne 150 pulsations; souplesse égale dans tous les membres; point de délire, respiration stertoreuse; sorte de gargouillement trachéal fort et bruyant; agitation continuelle des mains; traits altérés, déprimés; vomissements de matières muqueuses, écumeuses; une pression modérée provoque une grande sensibilité dans tout le ventre; pas de selles; urines copieuses, involontaires.

14. Râle; pouls très petit, presqu'imperceptible; traits sensiblement altérés et déprimés; pupilles presque également dilatées. Mort à une heure de l'après-midi.

Nécropsie. — Roideur notable des membres inférieurs, peu marquée aux membres supérieurs. Pupilles revenues à l'état normal.

Injection vasculaire occupant toute la périphérie du cerveau. L'arachnoïde est couverte d'une fausse membrane opaline, transparente, plus épaisse vis à vis les anfractuosités. Au bord supérieur des lobes cérébraux, l'arachnoïde est comme chagrinée; elle se déchire facilement sous une légère traction.

A la base du cerveau se rencontrent des traces d'inflammation très marquées; du pus est extravasé, concrété, il forme comme une pseudo-membrane entre l'arachnoïde et la pie-mère, au niveau du pont de Varole, de la moelle allongée, des origines des nerfs. Autour des nerfs optiques, il y a une infiltration purulente, et, en général, une injection très considérable du tissu de la pie-mère. De toutes les coupes du cerveau, il s'écoule des gouttelettes de sang. La substance médullaire est consistante.

Un peu de sérosité dans le ventricule latéral droit. État normal du cervelet et de la moelle allongée, ainsi que des organes thoraciques et abdominaux.

LXVIII[e] Obs. — Femme, quarante et un ans. Depuis deux ans, état de démence; il y a dix-sept mois, congestion cérébrale, apoplexie et hémiplégie gauche. En mars, excitation excessive, délire général; aucune rémission pendant un mois; au bout de ce temps, coma profond, qui dure trente heures et se termine par la mort. — Sous la dure-mère, 60 centilitres d'un liquide séro-purulent. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde a perdu son poli. Le feuillet viscéral est recouvert, dans toute son étendue, d'un pus presque concret, formant une couche très épaisse, surtout à la base et dans les fosses sphénoïdales. Tissu de l'arachnoïde épaissi, friable, et très adhérent à la pie-mère. Celle-ci est injectée, friable. Dans quelques points, l'inflammation paraît s'être propagée à la surface du cerveau (1).

(1) Billod, Académie des Sciences, 27 avril 1863. (*Gaz. méd.*, 1863, p. 314.)

LXIXe Obs. — Jeanne Mouchac, âgée de quarante et un ans, culottière, née à Bassens et demeurant à Bordeaux, non mariée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a cessé, depuis six mois, d'être menstruée. Il y a deux ans que cette malade eut une affection assez grave, sur le caractère de laquelle on n'a pu avoir de renseignements précis; on la qualifia d'*attaque*. Depuis, il est resté du vague dans les idées, une grande difficulté pour les associer et pour les exprimer. Les membres ont été parfois agités de mouvements spasmodiques et de tremblement. J. M. entre à l'hôpital le 16 août 1839. On note : Face colorée et d'aspect normal, si ce n'est un air hébété; parole très gênée; pupilles normales; ouïe conservée; mouvements involontaires et tremblement fréquent des membres. Céphalalgie; peu d'appétit; langue sèche, brunâtre; épigastre sensible à la pression; leucorrhée; peau et pouls dans l'état naturel. (Saignée du bras; vésicatoire à la nuque; infusion de feuilles d'oranger; diète; le sang de la saignée offre un caillot mou, non couenneux, peu volumineux.) La malade éprouva du soulagement, et, cinq jours après son entrée, elle veut sortir.

Le 7 février 1840, elle rentre à l'hôpital; elle a conservé l'air de stupeur déjà signalé; les règles n'ont point reparu. Depuis trois jours, des accès fébriles se sont montrés; ils débutent le soir par des frissons; il y a ensuite de la chaleur et une légère sueur. Ces accès sont accompagnés d'une vive céphalalgie, d'anorexie, de pesanteur à l'épigastre et de vomissements. L'abdomen est sensible à la pression. Constipation; point de toux; face colorée, pouls plein et fréquent. (15 sangsues à l'anus; tisane d'orge; lavement; diète.) 9, pouls fréquent; épigastre tendu, mais non sensible à la pression; langue blanche; pas de selles. (Une bouteille d'eau de Sedlitz; plusieurs évacuations alvines.) 10, pas d'accès fébrile distinct, mais le pouls est toujours fréquent et la céphalalgie persiste. 11, face pâle; douleurs dans la mâchoire; la malade ne peut ouvrir la bouche ni montrer la langue; état de stupeur. 12, engorgement sous-maxillaire gauche; somnolence. 13, gonflement de tout le côté gauche de la face; ce gonflement est œdémateux. La paupière supérieure est comme boursoufflée; la parole est très gênée et l'intelligence de plus en plus obtuse. (8 sangsues derrière l'oreille gauche; sinapismes aux pieds; limonade émétisée.) Le soir, coma. 14, il y a eu quelques vomituritions et plusieurs selles à la suite de l'emploi de la limonade émétisée. Le coma persiste. Respiration stertoreuse; membre supérieur gauche chaud, le droit froid et faible; conjonctive gauche gonflée; pupilles non dilatées, carphologie. (Vésicatoires aux jambes.) Agonie. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — La peau a une teinte d'un jaune sale. Tout le

côté gauche de la face est le siége d'un gonflement considérable.

La division des os du crâne ne produit l'écoulement que d'une petite quantité de sang. Il n'y a point d'adhérences entre la dure-mère et la boîte osseuse. L'arachnoïde est rouge, et recouverte, en plusieurs endroits, de fausses membranes d'une assez grande étendue. Elle contient de la sérosité purulente et du pus soit liquide, épais, d'une couleur gris-blanc, soit concrété et comme floconneux. Ces matières épanchées sont beaucoup plus abondantes à gauche qu'à droite. On les observe sur toute la surface convexe du cerveau. A la base de cet organe, du pus est également épanché et se trouve en plus grande quantité dans la fosse cérébrale moyenne gauche. Là il enveloppe le nerf trifacial et suit, dans son trajet, la troisième branche de ce nerf; il s'infiltre ensuite dans les parties où se distribuent les filets de ce nerf. La face interne du masséter en est baignée. Le pus a pénétré entre les fibres de ce muscle; il a fusé au dessous du périoste, qui recouvre tout le côté gauche de l'os maxillaire inférieur, tant à la branche ascendante qu'à la branche horizontale. Aussi le périoste se détache avec facilité des deux faces de tout ce côté gauche du maxillaire inférieur et laisse l'os à nu. Le nerf maxillaire est d'une teinte grisâtre. Quelques dents de ce côté sont cariées; mais elles ne le sont pas très profondément. La dernière molaire est noirâtre et rugueuse, mais sans autre altération. Les deux précédentes manquent; le bord alvéolaire est oblitéré en cet endroit et n'y présente rien de remarquable. Les os sus-maxillaires et leurs alvéoles sont parfaitement sains. L'articulation du condyle du maxillaire inférieur avec le temporal est normale; seulement le cartilage qui revêt ce condyle est très mince et presque détruit; ces diverses altérations s'observent du côté gauche seulement. Rien de semblable n'existe à droite. La substance cérébrale offre une forte dépression dans la région temporale gauche; là elle a une teinte rouge à l'extérieur qui est assez prononcée, et à l'extrémité antérieure et inférieure du lobe moyen correspondant. Elle est ramollie, réduite en une bouillie d'un gris fauve. Ce ramollissement s'étend dans l'espace d'un pouce; il a une forme à peu près sphérique. Tout autour, la substance médullaire est saine. Il y a seulement, ainsi que dans le reste du cerveau, surtout à gauche, un pointillé rouge assez marqué. Les ventricules sont dans un état naturel. L'arachnoïde est enflammée autour du mésocéphale. La glande pituitaire est volumineuse et rouge à l'extérieur; à sa partie postérieure et inférieure, on observe un petit abcès. Le tissu de ce corps est assez consistant, jaunâtre; il est plus dense en avant. La dure-mère qui recouvre la fosse pituitaire est épaissie. Le cervelet ne présente aucune altération, ainsi que les autres parties de l'appareil nerveux.

Les poumons offrent quelques adhérences. Des tubercules crus se trouvent dans leur parenchyme. De la sérosité citrine est épanchée dans le péricarde. Le cœur est sain. L'estomac est rétréci, du reste normal, ainsi que tous les autres organes renfermés dans cette cavité.

LXXe Obs. — Pierre Moreau, âgé de quarante-quatre ans, né à Portets (Gironde), d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est apporté, le 9 février 1856, à l'hôpital Saint-André. Personne ne donne de renseignements sur cet individu, qui présente l'état suivant : Coloration animée de la face, peau chaude, pouls 76, prolapsus de la paupière supérieure gauche, pupille gauche plus dilatée que la droite ; elle est insensible à l'action de la lumière; strabisme convergent de l'œil gauche. Il y a du sang à l'entrée de la narine droite; les dents offrent à leur collet un enduit grisâtre. En écartant les mâchoires, la langue reste immobile. L'abdomen paraît douloureux à la pression; il est un peu météorisé. L'intelligence est complètement oblitérée; somnolence, parfois mussitation; la sensibilité ne peut être réveillée par les excitations les plus fortes; cependant, les infirmiers assurent que ce malade a pu se soutenir en arrivant et faire quelques pas pour se rendre à son lit. (On applique 6 sangsues derrière l'oreille gauche, tisane de chiendent, sinapismes aux pieds.) 10, le malade a uriné au lit; mais on a pu le faire lever pour le mettre sur la chaise. Il a la face rouge, la peau couverte de sueur, le pouls plein, la pupille gauche très dilatée. Carphologie. 11, on parvient à faire tirer la langue; la sueur est encore abondante. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2 grammes, et sulfate de quinine, 75 centigrammes.) Soir, face encore rouge; la sueur continue; respiration fréquente; pouls 120. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — La pie-mère présente une injection considérable. A la partie antérieure de l'hémisphère droit, on trouve du pus concrété sous cette membrane. Adhérence des hémisphères sur la ligne médiane, produisant, quand on veut la rompre, la déchirure de la substance cérébrale. Celle-ci présente, des deux côtés, de l'injection et peu de consistance; les ventricules latéraux sont remplis d'environ 60 grammes de matière séro-purulente; leurs parois sont un peu ramollies, surtout le septum lucidum. A la base, la pie-mère est infiltrée de pus autour des nerfs optiques. Il y en a encore dans le quatrième ventricule, dont les parois sont ramollies.

LXXIe Obs. — Homme, quarante-six ans, tempérament sanguin, excès alcooliques, chagrins. 14 août, malaise, coliques; douleurs au front et à l'occiput; surdité gauche. 15, mouvements convulsifs,

renversement des yeux, délire, vociférations, soubresauts des tendons, raideur des membres, sensibilité de la peau; pas de réponses, respiration suspirieuse. 16, retour de la connaissance; bientôt après, assoupissement, vomissement; pupille gauche dilatée, respiration fréquente, laborieuse; écume à la bouche; pouls intermittent. Mort le soir du troisième jour. — Méninges injectées; adhérences sur la convexité; inflammation sur les côtés du cerveau et à la base, avec matière puriforme épaisse, jaune-verdâtre, interposée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Dans les ventricules, liquide louche, semblable à du petit lait, dans lequel nagent des concrétions albumineuses. Poumons sains (1).

LXXIIe Obs. — Marie Magnot, de Leyrac (Lot-et-Garonne), âgée de quarante-six ans, mariée. Elle était batelière; elle est d'une forte constitution; sa stature est élevée, sa conformation régulière; elle a les iris grises, les cheveux châtains, la peau brune; son tempérament est sanguin. Les menstrues ont cessé de couler depuis trois ans. Elle a joui d'une bonne santé.

Le 12 septembre 1844, elle éprouve des douleurs très vives dans la tête et à l'oreille droite, des vertiges; néanmoins, elle a continué à travailler. Mais, de jour en jour, ses souffrances se sont aggravées. Elle ne peut plus se tenir debout, et est portée à l'hôpital Saint-André le 27 septembre. Voici son état au moment de son admission: Peau ardente, pouls peu développé et fréquent. Respiration bruyante, s'entendant assez bien des deux côtés; pas de bruits particuliers du cœur, dont les battements sont forts, tumultueux, sonores et précipités. Face colorée, avec teinte un peu livide. Mouvements spasmodiques des yeux et des paupières. Soif vive. La sensibilité se conserve dans toute son intégrité. Quand on pince la peau, on provoque une douleur et des mouvements brusques des membres. Les bras, qu'on soulève, conservent quelque temps la position qu'on leur donne. Les muscles élévateurs de la mâchoire opposent une résistance très forte quand on veut faire ouvrir la bouche. Les pupilles sont presque à l'état normal; celle de l'œil gauche seulement est un peu dilatée. Carphologie, perte de la parole, abdomen souple, indolent. (12 sangsues derrière les oreilles, vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds, tisane de chiendent, lavement miellé. Le soir, peau ardente, pouls développé et très fréquent. Carphologie. Mouvements automatiques des mains, saisissant souvent les draps du lit; sensibilité diminuée aux membres inférieurs, conservée aux bras. Impossibilité d'obtenir quelque signe d'intelligence. Somnolence constante, yeux fermés, mâchoires serrées. Même état pendant la nuit. Décès le 29, à huit heures du matin.

(1) Chomel, *Nouveau Journal*, 1818, t. II, p. 275.

Nécropsie. — Flaccidité des membres supérieurs, rigidité des membres inférieurs. Embonpoint ordinaire, yeux fermés; aucune ecchymose sur le corps. Vaisseaux de la dure-mère engorgés de sang. A la partie moyenne de la convexité du cerveau, le long du sinus longitudinal et à droite et à gauche, vers les régions temporales, exsudation purulente. Ce pus est à la face inférieure du feuillet viscéral de l'arachnoïde, dans l'épaisseur même de la pie-mère; il se rencontre surtout vis à vis les anfractuosités. Vaisseaux veineux engorgés. A la base du crâne, il y a un peu de sérosité trouble, jaune-fauve ou légèrement rougeâtre. Très peu de sérosité trouble dans les ventricules. Point de ramollissement de la voûte à trois piliers ni du septum lucidum. A la base du crâne, au niveau de la décussation des nerfs optiques, se trouve une couche purulente, épaisse; elle s'enlève par plaques. A la face inférieure du cervelet, même couche plus épaisse. Substances cérébrale et cérébelleuse saines, ni ramollies ni injectées.

Poumons sains, mais avec engouement; hypostase à la partie postérieure. Cœur mou; quelques taches livides dépendant de l'imbibition s'observent dans ses cavités. Rougeur marbrée de la muqueuse gastrique, arborisations; point de ramollissement. Intestins sains. Rate petite, molle. Foie normal. Vésicule pleine de bile limpide, d'un jaune-rougeâtre. Reins, utérus, sains.

LXXIIIe Obs. — Homme, cinquante ans, forte constitution, chagrins, misère, fatigues, malaise, tristesse. 15 novembre, dégoût pour les aliments, enduit jaunâtre sur la langue, ventre indolent; apyrexie. 17, pouls fréquent, langue sèche, rétention d'urine. Intelligence intacte. 20, prostration des forces, décubitus dorsal, sorte d'immobilité extatique. Yeux tournés en haut et fixes. Réponses justes, mais lentes; pouls fréquent, peau chaude. 21, pour la première fois, céphalalgie. Paroles sans suite et mal articulées. Ventre ballonné, selles involontaires et liquides. 20, sueur abondante. 23, râle, urine supprimée; pouls 100. Mort dans la journée. — Méninges vivement injectées sur la convexité du cerveau. Arachnoïde soulevée par une couche de pus à la face interne des hémisphères, dans la scissure de Sylvius droite, sur le cervelet. Dans les ventricules est un liquide grisâtre, avec flocons déposés sur la corne d'Ammon. Plaques blanchâtres à la face inférieure du cerveau, sous l'arachnoïde. Substance cérébrale non altérée, pas même injectée. Trois plaques d'entérite folliculeuse à la fin de l'iléon. Foie volumineux. Vessie contractée, offrant en un point une eschare circonscrite [1].

LXXIVe Obs. — Homme, cinquante ans, robuste, sanguin; travaux

[1] Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 105.

rudes, exposition au froid. Frissons, céphalalgie, pneumonie. Au seizième jour, tristesse, peau chaude, pouls fréquent. Dix-neuvième, pas de réponses, roideur des membres. Vingtième, trouble complet de l'intelligence, carphologie; soubresauts des tendons. Mort. — Épaississement et inflammation de toute l'arachnoïde de la convexité, avec sérosité et pus sur cette membrane. Épanchement analogue à la base. Ventricules remplis de sérosité purulente. Leur membrane interne est rouge, injectée, et présente des petites granulations (¹).

LXXVᵉ Obs. — Homme, cinquante-deux ans, érysipèle; céphalalgie, délire. Paralysie du bras gauche. Soubresauts des tendons à droite; coma. — Arachnoïde injectée, épaissie sur le cerveau, avec épanchement purulent dans la fosse temporale droite. Rougeur à la base (²).

LXXVIᵉ Obs. — Jean Lalo, âgé de cinquante-sept ans, de Saint-Seurin-de-Cadourne (Médoc), domicilié à Bordeaux, marchand, affaibli par une gastro-colite datant de six ans, qui toutefois paraissait guérie depuis environ dix mois. Il est entré à l'hôpital Saint-André, dans le service de la Clinique, le 14 mai 1844. Il raconte que depuis deux mois il est atteint de maux de tête violents et continus, et de surdité; qu'il a de plus des douleurs dans la région lombaire et dans les membres inférieurs, et qu'il marche péniblement. Il a eu la veille des horripilations, de l'inappétence; mais ni nausées, ni vomissements, ni douleurs abdominales. Selles rares, consistantes. Ni toux, ni dyspnée, ni douleur au thorax. Examiné le jour de son admission, on observe l'état suivant : Teinte pâle, jaunâtre de la peau; pouls petit, peu fréquent. Céphalalgie, surtout dans la région frontale; surdité très grande; sifflement et bourdonnements d'oreille, surtout quand le malade se mouche. Pupilles à l'état normal. Inappétence. Soif, langue très sèche, râpeuse, un peu jaunâtre. Abdomen souple, indolent; il présente dans le flanc gauche une tumeur assez volumineuse, dure, offrant une dépression au milieu, et que l'on mobilise en plaçant la main en arrière au dessous du rebord des côtes. Point de nausées ni de vomissements. Pas de selles depuis huit jours. Pas de toux ni de douleur au thorax. Douleur dans les lombes et dans les cuisses. Marche presque impossible. *Soir*, pouls calme, céphalalgie. 15, la tumeur de l'hypocondre gauche est la même; douleur à la pression. Pouls petit, fréquent; céphalalgie. (Infusion de quinquina, 60,0; bouillon.) 16, céphalalgie, faiblesse; pouls calme. 17, pouls petit. Pâleur de la peau. La

(¹) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 282.

(²) Récamier, observ. communiquée à Parent du Chatelet et Martinet. *Arachnitis*, p. 310.

tumeur du flanc gauche est très douloureuse. Céphalalgie intense. Cataplasme sur le ventre; infusion de quinquina, 60,0.) *Soir*, fièvre.

Du 18 au 22, accablement, à peine quelques mots de réponse; somnolence continuelle; pas de paralysie des membres, mais inertie. Sensibilité conservée. Yeux presque à l'état normal. Le malade ne se plaint que de son ventre. Il refuse tout médicament. 23, état très grave. Abolition de l'intelligence, coma. Oppression extrême. Pouls presque imperceptible. Résolution des membres, froid des extrémités. Mort le même jour, à cinq heures du soir.

Nécropsie le 25 mai. — Maigreur très grande. Roideur cadavérique. La dure-mère est dans un état ordinaire. L'arachnoïde est recouverte d'une couche de pus à demi-concrété sur toute la convexité du cerveau, sur le cervelet et sur le mésocéphale. La face inférieure des lobes antérieurs en est seule exempte. Il est aisé de constater que c'est dans la cavité même de la séreuse qu'est le pus, car les feuillets tant pariétal que viscéral en sont recouverts, et le scalpel, en râclant les surfaces qui se regardent, en enlève comme une crème épaisse. La pie-mère est très rouge, et présente un épaississement considérable. Elle se détache aisément des circonvolutions cérébrales. Les ventricules latéraux sont très dilatés, et contiennent une sérosité légèrement opaque. Le septum lucidum et la voûte à trois piliers sont dans un état de ramollissement très avancé. Les corps striés et les couches optiques ne sont pas altérés, ni le cervelet.

Épanchement séreux dans les deux plèvres, avec formation de fausses membranes postérieurement. Les poumons ont quelques anciennes adhérences avec les parois thoraciques. Le droit présente sur le bord antérieur du lobe supérieur un peu d'emphysème. A la base, il y a de l'engouement. Cœur sain.

Le tube digestif est normal. Le foie n'est pas volumineux. Son tissu n'offre rien de remarquable. La rate est, au contraire, considérable. Sa longueur est de 21 centimètres sur 14 de largeur. Elle présente à son bord interne, comme on l'avait aisément apprécié, une scissure transversale assez profonde. A l'extrémité inférieure, son enveloppe fibreuse est très consistante, blanchâtre et presque cartilagineuse. Le tissu propre de l'organe ne paraît pas modifié. Les reins ne présentent rien de particulier.

LXXVIIe Obs. — Menuisier, soixante-cinq ans, exposition à la pluie. 8 janvier, frissons, céphalalgie, soif. 12, fièvre violente. 13, assoupissement, traits de la face tirés à droite, parole embarrassée; pouls irrégulier, intermittent; langue sèche et brune. 14, coma vigil. 15, respiration courte, embarrassée. 16, paupière supérieure gauche

paralysée. 17, coma, stertor, pupilles resserrées. Mort. — L'arachnoïde présente sur le cerveau des plaques rouges, irrégulières, persistantes, malgré le frottement ou le lavage; elle est épaissie, opaque, d'un blanc de lait dans beaucoup de points; même aspect sur la protubérance, les pédoncules et le cervelet, avec infiltration purulente entre cette membrane et la pie-mère. Ventricules latéraux distendus par une sérosité rougeâtre (1).

4e VARIÉTÉ. — **Méningite cérébrale générale avec production de fausses membranes.**

LXXVIIIe Obs. — Enfant, dix mois. Fièvre intense, assoupissement, respiration accélérée; vomissements, cris aigus, facies cérébral, strabisme; contraction, puis dilatation des pupilles; pouls irrégulier; soupirs; perte de connaissance, roideur du tronc et de la nuque. Onzième jour, disparition successive des symptômes, retour de l'intelligence, gaîté. Le vingt-neuvième, exposition de l'enfant pendant une heure à une lumière éclatante; rechute, strabisme, dilatation des pupilles. Aggravation rapide. Mort le trente-troisième jour. — Méningite générale, infiltration purulente sous l'arachnoïde, fausse membrane dans sa grande cavité. Pas de tubercules (2).

LXXIXe Obs. — Enfant, quatorze mois, fort. Fièvre, convulsions, surdité. Crampe spinale, hémiplégie, contraction des pupilles, cécité. Distorsion de la face. Mort au bout de treize heures. — Vaisseaux céphaliques injectés. Sinus contenant du sang coagulé. Fausse membrane sur les circonvolutions cérébrales, sur le corps calleux et dans les ventricules. Lymphe coagulable à la base et sur les plexus choroïdes. Sérum trouble dans les ventricules (3).

LXXXe Obs. — Fille, dix ans, scrofuleuse. Août, vomissements, délire, stupeur; trismus, grincements de dents, cris; sensibilité émoussée, coma; convulsions, carphologie, langue fuligineuse. Mort le dixième jour. — Méninges très injectées à la convexité. Arachnoïde partout épaisse, blanchâtre, couenneuse, avec débris filamenteux. Dans les ventricules, sérosité. Base du cerveau couverte d'une fausse membrane verdâtre, comme gélatineuse, très épaisse, de forme quadrilatère, étendue entre les nerfs optiques et la protubérance (4).

(1) Deslandes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, n° 119, p. 7.
(2) Barthez et Rilliet, *Maladies des Enfants*, t. I, p. 112.
(3) Golis, *Hydrocephalus acutus*, obs. 2, p. 194.
(4) Bricheteau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, n° 203, p. 40.

LXXXIe Obs. — Garçon, dix ans. 23 mai, céphalalgie; délire, vomissements, contracture des muscles du cou et du tronc. Cris, agitation, délire. Taches lenticulaires sur l'abdomen. Tache méningitique, évacuations involontaires. Pupilles dilatées inégalement. La sensibilité est diminuée à gauche. Somnolence. Pouls 144. Mort le 30 juin. — Sérosité épaisse, gélatiniforme sous l'arachnoïde de la convexité des hémisphères; fausses membranes à la base; dans les ventricules, sérosité trouble. De tubercules nulle part (1).

LXXXIIe Obs. — Pierre Dupérier, âgé de seize ans, de Dax (Landes), garçon serrurier, de constitution faible. Stature peu élevée, peau brune, cheveux châtains, se nourrissant assez mal, et habitant, avec quatre camarades, une chambre étroite, à deux fenêtres. Il ne mentionne aucun état morbide antérieur. Au commencement d'avril 1857, il éprouve une céphalalgie vive avec tournoiements de tête. Inappétence, vomissements bilieux, malaise général; pas de douleur abdominale, pas de diarrhée ni de constipation. Les vomissements ont continué quelques jours; la céphalalgie a diminué d'intensité; elle s'est presque complètement dissipée; il n'y a pas eu de vomissements depuis huit jours. Faiblesse, douleurs vagues, surtout à la région lombaire, obligeant le malade à changer souvent de position. Pas de toux. Fièvre depuis le commencement de la maladie. Une épistaxis dans la nuit du 22 au 23.

État du malade le 23 avril, jour de son entrée à l'hôpital Saint-André : Peu de céphalalgie; éblouissements, étourdissement, bourdonnement dans les oreilles; le malade paraît accablé, dans un état de stupeur, mais ses réponses sont nettes; les pupilles sont légèrement dilatées. La peau est très chaude; le pouls développé, résistant, régulier, fréquent, 110. Langue d'un blanc-jaunâtre, tremblottante; inappétence; pas d'envies de vomir ni de soif; abdomen indolore; pas de gargouillement dans les fosses iliaques; le ventre n'est pas ballonné; pas de toux, ni matité, ni râles. — 24, le malade a eu du délire toute la nuit; il chantait. Il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; il ne sort pas sa langue si on le lui demande. Quand on lui presse le ventre, il exprime de la souffrance; pas de plaques blanches sur les gencives. Peau moite; pouls assez développé, fréquent, 100. Le malade se tient couché sur le côté droit; il est assoupi; il y a des soubresauts des tendons. La sensibilité est diminuée. (6 sangsues derrière les oreilles. On coupera les cheveux et on couvrira la tête de compresses d'eau froide. Sinapismes aux pieds, vésicatoires aux jambes, lavement émollient, boissons délayantes.) — *Soir*. La peau est chaude, le pouls peu développé,

(1) Bèchet, Thèses de Paris, 1852, no 302, p. 43.

fréquent, 120. Le ventre ne paraît pas douloureux à la pression; il y a eu une selle involontaire après l'emploi d'un lavement. Le ventre n'est pas ballonné; il n'y a pas eu d'émission d'urine; la vessie n'est pas pleine. Pas de soubresauts des tendons, mais somnolence, coma; pas de délire dans la journée; décubitus toujours latéral droit. Yeux presque constamment fermés, pupilles dilatées. Déglutition difficile. — 25. Le malade est dans le décubitus dorsal, il ne répond à aucune question; il ne sort pas la langue; il est dans un état complet d'assoupissement avec les yeux à demi-fermés; les pupilles sont dilatées. Langue blanche; pas de plaques sur les gencives. Le ventre est rétracté; il n'y a pas eu de selles dans la nuit; urines évacuées sans conscience. Respiration un peu sifflante. Le malade n'a pas eu de délire dans la nuit; il porte la main gauche à la tête, et il se gratte l'intérieur des narines. (Tisane d'orge, bouillon par cuillerées, compresses d'eau froide sur la tête; calomel, 0,80, divisés en 8 doses; une toutes les deux heures jusqu'à ce qu'une selle ait eu lieu, et s'arrêter alors.) — *Soir*. Langue blanche; abdomen indolent, aplati; pas de vomissement, pas de selles; insensibilité. Quand on pince la peau, le malade ne paraît pas souffrir; son intelligence est tout à fait obtuse; il ne répond pas; il est toujours assoupi. Pupilles dilatées; pas de strabisme. Peau peu chaude, pouls 115, rétention d'urine, nécessité du cathétérisme. — 26. Roideur des membres; mouvements automatiques, carphologie. Il n'y a pas eu de selles, malgré le calomel. Pouls, 100. (Calomel, 1,20, en 6 doses, de deux en deux heures; lavement miellé, tisane d'orge et bouillon, un vésicatoire derrière chaque oreille.) — *Soir*. Peau chaude; pouls petit, régulier, 120. Langue blanche, ventre rétracté, non douloureux; coma, prostration; décubitus dorsal. Yeux à demi-fermés; pupilles dilatées. Le malade continue à être à peu près insensible : il ne répond pas. Quatre selles jaunâtres, liquides.

27. Prostration des forces, coma. Décubitus dorsal; pas de strabisme; quelques signes de sensibilité. Langue moins humide, un peu sale; ventre non ballonné; mais quand on le touche, le malade cherche à écarter les mains. La vessie se vide par regorgement. Une selle dans la matinée. Respiration accélérée, oppression, dyspnée; matité en avant, râle muqueux; pouls 110, peau assez chaude. Mouvements automatiques des doigts; carphologie. Face violacée. Respiration stertoreuse. Déglutition difficile. Mort à deux heures.

Nécropsie. — Os du crâne friables, rougeâtres. Forte injection des vaisseaux encéphaliques. Adhérences au niveau du sinus longitudinal supérieur, surtout en arrière. Ni tubercules ni granulations dans les méninges. Le cerveau a sa consistance normale; la substance corticale est foncée en couleur, et contraste avec la substance blanche.

Les hémisphères cérébraux adhèrent l'un à l'autre près du corps calleux; on ne peut les séparer sans opérer des déchirements. Les ventricules sont remplis d'un liquide incolore, limpide, dont la quantité est évaluée à six cuillerées. Les plexus choroïdes sont pâles. Le septum lucidum et le trigone cérébral sont ramollis et même diffluents. A la base se voit une concrétion membraniforme, grisâtre, accolée sur l'arachnoïde et la pie-mère; ces membranes sont épaissies et confondues.

Tubercules commençants et petite caverne dans le lobe supérieur du poumon gauche. Cœur sain. Un peu de rougeur à la fin de l'iléon; les follicules y sont un peu développés, d'où résulte un aspect granuleux. Aucune autre lésion notable.

LXXXIIIe Obs. — Fille, dix-sept ans, lymphatique. Juillet, céphalalgie, vomissements, stupeur, assoupissement, cris; roideur cervicale, faiblesse des membres gauches, sensibilité conservée; pupilles oscillantes, puis dilatées; pouls petit, irrégulier, 55, ensuite fréquent; peau naturelle, coma. Mort le vingt-sixième jour. — Pie-mère très injectée, d'un rouge vif; ecchymose à la surface externe de l'hémisphère droit du cerveau. A la base, concrétion membraneuse plus marquée à droite qu'à gauche (1).

LXXXIVe Obs. — Jean Tongereau, des Basses-Pyrénées, tailleur, âgé de dix-neuf ans, usant d'un assez bon régime et n'ayant pas d'excès à se reprocher, atteint d'une fièvre continue il y a un mois. Depuis six jours, il se plaint d'une céphalalgie frontale intense, de picotement des conjonctives, de soif et d'une chaleur générale sans sueurs. Il entre le 17 août 1860 à l'hôpital Saint-André.

Pouls fréquent, un peu dur, 104. Face vultueuse, yeux brillants. Céphalalgie intense. Langue rouge, constipation. Pas de douleurs abdominales. La peau est sèche et chaude. Intelligence très nette. (Diète, tisane; potion avec digitale, 0,05.) — 19. La fièvre persiste; le malade est comme à la veille d'une éruption. La céphalée a diminué. — Du 21 au 24, le pouls est toujours entre 100 et 120. La céphalalgie est opiniâtre, la face rouge, l'intelligence intacte. Les yeux et la tête sont toujours l'objet des plaintes du sujet. Point de douleur abdominale, point de diarrhée. Le 24, même état. (Application à l'anus de 10 sangsues.) — 15 et 26. Même état. Le pouls est toujours fréquent. (Pédiluve sinapisé et compresse d'eau froide sur le front, bain frais.) — 27. Réponses lentes, prononcées avec hésitation et par monosyllabes; yeux entourés d'un cercle bleuâtre, hagards. Céphalée intense. Pas de symptômes du côté du tube digestif. Pouls dépressible, descendu à 90. (Potion avec musc, 0,25;

(1) Dance, *Archives*, t. XXI, p. 538.

bain tiède.) — Le 29, pas de réponses, mais le malade tire la langue sur notre invitation. (Potion avec musc et camphre, 0,25.) — Le 30 août, pendant la nuit, sueurs abondantes, mais le matin peau brûlante, pouls tombé à 56. Pupilles très resserrées. Trismus, assoupissement, yeux fermés, ventre rétracté. (Raser la tête et y poser un long vésicatoire; calomel, 1,00; musc, 0,25, en 6 doses.) — 31. Le malade a transpiré beaucoup; trois fois, on l'a changé de chemise. Stupeur; point de réponses. Pouls 65; ni contracture, ni convulsions, ni paralysie des membres. (Musc, 0,25; infusion de quinquina.) — 1er septembre. Yeux plus animés, regard moins fixe. Strabisme, respiration suspirieuse. État comateux; point de selles. Pouls, 88. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2,00; frictions sur la tête avec l'onguent napolitain.) Mort le 4.

Nécropsie. — Congestion sanguine des méninges. La surface convexe de la dure-mère présente, sur les côtés du trajet du sinus longitudinal, des saillies granuleuses, jaunâtres, opaques, disposées en petits groupes. La dure-mère étant enlevée, malgré des adhérences assez étendues et assez fortes le long de la scissure médiane, on voit dans l'arachnoïde et la pie-mère, des dépôts plastiques, jaunes, agglomérés en plaques. Quand on enlève la pie-mère, on ne constate aucune adhérence avec les circonvolutions. Autour de ces dépôts de matière plastique existe une sorte d'auréole blanchâtre, demi-transparente, formant comme une transition; c'est une sérosité trouble infiltrée sous l'arachnoïde. A la base du cerveau, au niveau du chiasma et sous le plancher du troisième ventricule, existe une fausse membrane large, épaisse, solide, résistante, un peu rétractée sur elle-même et de plusieurs millimètres d'épaisseur. Pas d'adhérences aux circonvolutions. Les ventricules latéraux sont remplis d'une sérosité limpide; leurs parois sont ramollies. La couche optique et le corps strié le sont également, ainsi que le troisième ventricule. La partie inférieure et gauche de ce ventricule forme une bouillie épaisse, avec piqueté rouge, à points si pressés, qu'on le prendrait pour un foyer hémorrhagique.

Sommets des poumons parsemés de tubercules grisâtres. Point d'altération du tube digestif.

LXXXVe Obs. — Homme, trente-huit ans, excès alcooliques. Paralysie générale, congestion cérébrale. Mouvements convulsifs, stupidité. — Entre les deux feuillets de l'arachnoïde, fausse membrane rougeâtre sur toute la surface du cerveau, adhérant faiblement au feuillet pariétal par des liens celluleux. Sa face interne lisse, rouge, en simple contact avec le feuillet viscéral, qui est épais et opaque ([1]).

([1]) Bayle, *Maladies du cerveau*. p. 267.

LXXXVI[e] Obs. — Homme, cinquante-cinq ans, chagrins. Cris et hurlements; démence et paralysie générale, agitation maniaque, congestions cérébrales, coma. Yeux tournés en haut, et mort dans un état apoplectique. — Arachnoïde tapissée sur son feuillet viscéral par une fausse membrane très mince, analogue à une séreuse sans trace de sang. A la base et sur le feuillet pariétal, fausse membrane moins transparente, mince, fragile, rouge ou bistre, constituée par des filaments rougeâtres, et, en quelques points, par des caillots minces. Là où la fausse membrane est le mieux organisée, elle adhère à l'arachnoïde d'une manière assez intime. Sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde. Méninges opaques, très épaisses, indurées sur les hémisphères (1).

Résumé des observations de méningite cérébrale générale.

I. Ces observations sont au nombre de 69, subdivisées en quatre variétés :

1° Avec infiltration séreuse....................	13
2° Avec dépôt de matière gélatiniforme......	14
3° Avec formation de pus....................	33
4° Avec production de fausses membranes....	9
	69

II. Le sexe n'est indiqué que pour 61 individus, et se partage en 41 du sexe masculin et 20 du sexe féminin. La différence est surtout marquée pour ceux de la troisième catégorie, formée de 24 sujets mâles et 8 du sexe opposé.

III. Les âges sont ainsi répartis :

7 malades avaient........	de 2 mois à 1 an.
18 — —	de 1 à 10 ans.
19 — —	de 11 à 20 ans.
7 — —	de 21 à 30 —
6 — —	de 31 à 40 —
8 — —	de 41 à 50 —
4 — —	52, 55, 57 et 63 ans.

On voit que près des deux tiers des malades ava[illegible] moins de vingt-un ans.

IV. Cette méningite a été observée chez des sujets d[illegible]

(1) [illegible]les médico-psychologiques, 1843, t. II, p. 66.

constitution robuste; quelquefois, chez des sujets faibles et lymphatiques.

V. Elle a été vue chez des enfants dont la dentition était orageuse, et chez des personnes du sexe dont les menstrues étaient irrégulières, ou retardées ou supprimées.

VI. Elle a été précédée parfois de troubles des fonctions digestives, d'excitation des organes respiratoires, d'exanthèmes aigus, d'affections chroniques du cuir chevelu (XLVIII), l'érysipèle (LXIV, LXVIII, LXXV), de scrofules, de surexcitation nerveuse, de paralysie générale, d'aliénation mentale (LXVIII, LXXXV, LXXXVI). Plusieurs fois, on a remarqué d'abord une congestion cérébrale. La méningite n'a, d'autres fois, été précédée par aucun état morbide déterminé.

VII. Les causes occasionnelles qu'on a pu constater chez les adolescents ou les adultes ont été : l'exposition au froid, à la pluie, aux rayons d'un soleil ardent, des percussions sur le crâne (LXVI), de grandes fatigues, de vifs chagrins, des excès alcooliques.

VIII. La maladie a eu quelquefois pour avant-coureurs du malaise, des vertiges, de la tristesse, de la céphalalgie.

IX. Le début a été marqué par des vomissements, des convulsions, et, chez des sujets de la troisième catégorie, par des frissons semblables à ceux d'un accès de fièvre.

X. La symptomatologie a été la suivante :

Une céphalalgie intense, générale ou occupant divers siéges circonscrits. Elle est l'un des premiers indices de la méningite; mais elle n'est déclarée que quand les malades peuvent parler. Ainsi, chez les très jeunes enfants ou chez les individus plongés dans la stupeur, dans le coma, elle n'est que présumée par les cris plaintifs qu'elle provoque (XVIII, XIX, XXI). La céphalalgie a été l'un des phénomènes les plus constants dans la troisième série. Sur 33 cas, elle a eu lieu 25 fois. Un malade ne s'en est plaint qu'au sixième jour, à dater de l'invasion (LXXIII). Elle affecte toute la tête d'une manière vague ou le front, la région temporale ou tout autre point de la périphérie du crâne; dans un cas,

la douleur répondait au fond d'une oreille (LXXII); dans un autre, à l'un des globes oculaires (LIX). Elle augmente par les mouvements de la tête, par ceux de rotation imprimés à celle-ci, par l'action de la mâchoire inférieure. Les malades font entendre des plaintes, des cris, ou quelques paroles à peine articulées. C'était une sorte de mussitation.

Le délire est un symptôme assez fréquent; il peut être furieux (XXIII, XXVII), loquace, acccompagné de chants (XXVII); il peut ne rouler que sur un ordre d'idées (XXVIII). Il a eu lieu quatre fois dans la deuxième série et dix-huit fois dans la troisième. Parfois, l'intellect a paru parfaitement sain (LII, LXVII), ou même la mémoire des faits était restée très fidèle au milieu d'une loquacité qui tenait du délire (LI).

On a remarqué de l'insomnie chez quelques individus (XLV, L, LVII, LXVII); mais la somnolence, l'assoupissement, le coma constituent des effets très ordinaires de la méningite cérébrale générale, surtout dans la variété purulente. On les a constatés chez 21 sujets, à divers degrés et à différents moments de la durée de la maladie, offrant parfois les caractères du coma vigil (LXXVII) ou les apparences de l'extase (LXXIII). L'assoupissement se montre quelquefois dès le début, surtout chez les très jeunes sujets, ou bien il succède au délire, ne laissant que de courts instants lucides.

L'état des yeux a été attentivement examiné. Souvent, ces organes sont ternes, immobiles, dirigés en haut, ou convergents ou divergents. Les pupilles sont plus souvent dilatées (29 fois) que resserrées (9 fois); elles sont quelquefois alternativement dilatées et resserrées. Dans la troisième variété en particulier, il y a eu du strabisme chez 5 sujets. On a noté neuf fois la dilatation des pupilles, cinq fois leur resserrement et cinq fois leur inégalité. Les yeux ont été ouverts ou à demi-fermés, hagards ou caves. Un cas a offert pour coïncidence remarquable le présence du pus dans la chambre antérieure de l'œil (XLIX).

Les diverses formes du spasme se rencontrent dans cette espèce de méningite. Ce sont les convulsions, les mouvements

convulsifs de la face ou des membres, les trémoussements, les tremblements, l'agitation, la jactitation, la carphologie. On a vu aussi la contracture d'un ou de plusieurs membres (XXI, XXII, XXIV), le serrement des dents (XXI), la rigidité du cou, le renversement de la tête en arrière (XVIII, XIX, XXVI, XXIX). Quelquefois, la tête exécutait des mouvements de rotation, la face se dirigeant alternativement à droite et à gauche (XXI, XXVI). Chez les sujets de la deuxième variété, les spasmes ont été fréquents; presque tous ont eu des convulsions ou des mouvements convulsifs. Ces symptômes ont été plus rares chez ceux de la troisième. Deux fois, les spasmes ne se sont montrés que d'un côté, et, dans l'un, ils ont été suivis de la paralysie des membres agités (LVI); dans le second, il y avait convulsion d'un côté et paralysie de l'autre (LXIII). Les spasmes toniques ont été parfois observés dans cette troisième série. Ainsi, les dents ont été serrées chez cinq sujets, les membres roides autant de fois, la tête tirée en arrière quatre fois, inclinée d'un côté une fois.

La paralysie n'a pas été notée dans la première; seulement, un cas a offert la déviation de la bouche, mais c'était l'effet probable d'un spasme partiel. Il y a eu paralysie du bras gauche dans un cas de la deuxième, où une matière concrète s'étendait sur le côté droit du pont de Varole (XXXII).

Dans la troisième variété, plus que dans les autres, il y a eu tendance à des paralysies partielles. Ainsi, on a vu celle d'une paupière supérieure (LV, LXIII, LXVII, LXXVII), celle d'un bras (XLIX, LXXV). On a pu distinguer un cas d'hémiplégie alterne, dans lequel, avec la paralysie du bras droit, coïncidait une hémiplégie faciale gauche (LXVI). Dans ce dernier cas, la méningite siégeait sur plusieurs points du lobe moyen gauche, du lobe antérieur droit, sur le pédoncule cérébral gauche et au même côté du mésocéphale et du bulbe.

La sensibilité cutanée, rarement exaltée (XIX, XL), parfois conservée, a été plus souvent émoussée ou même éteinte.

Quelques malades ont éprouvé des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques (XVIII, XIX, XXIV, XXX);

d'autres ont eu la déglutition très gênée (XXI, XXVI, XXVIII). Un malade m'a offert des plaques blanches sur les lèvres et les gencives (XXI).

Des vomissements ont eu lieu chez six sujets de la deuxième variété. Ils se sont manifestés chez le tiers de ceux de la troisième; trois autres n'ont eu que de simples nausées. La dysphagie a été observée deux fois. La dépression de l'abdomen a été constatée un assez grand nombre de fois pour être considérée comme un symptôme notable de la méningite. Le météorisme a été rare, la constipation fréquente.

Il y a eu quelques cas de rétention d'urine.

Les évacuations ont été assez souvent involontaires.

Trois sujets ont eu un hoquet fatigant (XXVI, XXVII, XXX); la respiration a été souvent fréquente, stertoreuse, inégale.

Le pouls a été, chez plusieurs individus de la première variété, naturel ou même lent pendant presque tout le cours de la maladie; mais quelquefois, il était fréquent (XXI, XXXIX). On a constaté le signe nommé *tache méningitique*, c'est à dire une rougeur passagère provoquée sur la peau par le contact et la pression légère des doigts (XIX).

L'appareil circulatoire a paru plus vivement influencé dans la deuxième série que dans la première. On a observé des frissons, de la fièvre; le pouls a été fréquent, puis parfois il s'est ralenti. La chaleur animale a été élevée, surtout vers la tête. On a noté, dans la même catégorie, la possibilité de produire des taches sur la peau par la pression des doigts.

La fièvre a été plus marquée encore chez un grand nombre de sujets atteints de méningite purulente; parfois, il y a eu des accès distincts et des rémittences prononcées (LII, LXV, LXVII, LXIX); le sang était couenneux (LII, LXVI). La peau a été souvent ardente et sèche, d'autres fois humide.

On a remarqué dans quelques cas une sueur abondante, visqueuse (XXVII, etc.)

XI. La durée de la méningite cérébrale générale est celle

d'une maladie aiguë intense. Dans les faits rapportés, la mort est survenue, du premier au septième jour, 24 fois; durant le deuxième septenaire, 19 fois; dans le troisième, 9 fois; dans le quatrième, 6 fois. Ainsi, le danger le plus grand a été pour les premiers jours. Dans plusieurs cas, la maladie a eu une durée assez longue; mais, pendant une première période, elle était dans une sorte d'état latent. Elle a pu aussi présenter des rémittences assez prononcées pour faire croire à une guérison; ou, l'amélioration étant réelle et la convalescence prochaine, une surexcitation nerveuse a entraîné une rechute devenue promptement mortelle (LXXVIII).

XII. Les recherches cadavériques ont démontré l'état phlegmasique des méninges avec les modifications qui vont être spécifiées; mais, en général, les vaisseaux de l'encéphale étaient injectés, l'arachnoïde opaque et rouge, la pie-mère épaissie; des adhérences s'étaient formées entre les feuillets membraneux. Chez quatre ou cinq sujets, les corpuscules de Pacchioni étaient très développés, mais isolés. Le cerveau a présenté quelques points de ramollissement, surtout vers les régions centrales. Il y a eu souvent de la sérosité dans les ventricules; elle était plutôt trouble que claire. Chez six sujets, on a constaté la présence de tubercules pulmonaires ou bronchiques, mais en même temps l'absence de tubercules ou de granulations dans les membranes encéphaliques.

XIII. L'examen des méninges dans les diverses variétés a fait connaître quelques particularités dignes d'attention.

Dans la première, l'inflammation n'était encore qu'à un faible degré, mais elle était marquée principalement par une exsudation séreuse, laquelle s'était produite, soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans le tissu de la pie-mère. Or, cette exsudation n'était pas le seul témoin du travail phlegmasique; les autres indices déjà signalés en mettaient la réalité hors de doute.

Ces altérations se sont manifestées sur la convexité des hémisphères d'une manière assez uniforme ou par plaques

(XXIX), ou avec plus d'intensité sur un hémisphère que sur l'autre (XXVII). En même temps, la base était le siége, sur les nerfs optiques, le tuber cinereum, la tige pituitaire, etc., de changements notables par la présence d'un fluide séreux plus ou moins épais et opalescent (XVIII, XXIV), et par un épaississement plus ou moins considérable des méninges.

Une coïncidence assez fréquente (six fois) a été l'accumulation d'une certaine quantité de sérosité dans les ventricules. Dans un cas, il y avait épaississement marqué de l'épendyme (XIX).

Les faits qui composent la deuxième variété présentent des particularités qui les distinguent. D'abord, ce n'est pas un fluide purement séreux qui se trouvait dans les méninges, c'était une matière plus ou moins consistante, qu'on a appelée *lymphe coagulable, concrétion gélatiniforme* ou *albumineuse* ou *fibrineuse*. Cette matière était d'un blanc laiteux (XLIII), ou d'une teinte jaunâtre (XXXIII, XXXVII). On l'a rencontrée sous l'arachnoïde, à la surface du cerveau, dans les anfractuosités, et principalement à la base. Une fois, il existait en même temps dans la cavité de l'arachnoïde une exsudation séreuse, une couche concrète d'apparence albumineuse, et à la base une matière épaisse et jaunâtre (XXXVIII). On a remarqué quelquefois des adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde et de la sérosité trouble dans les ventricules.

Le classement des faits entre ceux de la précédente série et ceux de la suivante se justifie, dans quatre cas, par la présence du pus dans les ventricules ou sur les nerfs optiques, ou le long des vaisseaux, ou dans les anfractuosités cérébrales; mais il n'y était qu'en très petite quantité (XXXIII, XXXVI, XLII, XLIV).

La troisième variété s'est parfaitement distinguée des autres par la formation plus ou moins abondante du pus en divers points de la périphérie de l'encéphale.

L'état phlegmasique était évidemment très prononcé. L'injection, la rougeur, l'épaississement des méninges, les adhérences entre leurs feuillets, la plénitude des vaisseaux

encéphaliques, les caillots rencontrés dans les sinus, les collections séreuses ou séro-purulentes trouvées dans les ventricules cérébraux, auraient fait pressentir un haut degré d'envahissement inflammatoire, alors même qu'il n'y aurait pas eu de pus dans les méninges.

Ce fluide était quelquefois contenu dans la cavité de l'arachnoïde, et répandu principalement sur le feuillet viscéral de cette membrane (XLV, LI, LII, LXVIII, LXXIV, LXXVI). On pouvait l'enlever en râclant la surface libre de ce feuillet; mais, bien plus souvent, il était placé au dessous, entre l'arachnoïde et la pie-mère ou dans le tissu de celle-ci, ou à sa surface inférieure. La matière purulente était liquide, assez claire, ou épaisse, opaque, blanchâtre ou d'un jaune-verdâtre; elle était d'autres fois concrète, formant une couche comme caséeuse. Elle rendait les méninges épaisses et consistantes.

On a trouvé du pus à la surface des circonvolutions ou dans les anfractuosités, sur les deux hémisphères ou sur un seul, ou sur un lobe (LXXV), ou en des points différents des deux côtés du cerveau (LXVI). La scissure de Sylvius en présentait souvent. On en voyait sur la base, sur les nerfs optiques, sur la tige et dans la glande pituitaire (LIX), sur le cervelet, le mésocéphale et sur les nerfs qui en émanent. Les fibres qui composent les cordons nerveux ont été quelquefois écartées et désagrégées (XLIX). J'ai vu dans un cas extrêmement remarquable le pus suivre la direction du nerf trifacial, longer la branche maxillaire inférieure, envelopper et dénuder l'os de la mâchoire; d'autre part, les points correspondants du cerveau étaient ramollis et abreuvés de pus, et les méninges de tout l'hémisphère gauche en étaient tapissées (LXIX). Évidemment, ce fluide avait marché du dedans au dehors. Le côté gauche de la face ne s'était tuméfié que dans la période ultime de la maladie, alors que la céphalée et quelques autres indices avaient déjà dénoté une lésion intra-crânienne.

Les faits de méningite cérébrale générale avec production

de fausses membranes dans la cavité de l'arachnoïde étant peu nombreux, au lieu de les résumer en ce moment, je les renvoie à ceux de la section suivante, où ils auront l'intérêt que donne la multiplicité des documents.

2e SECTION. — MÉNINGITE DE LA CONVEXITÉ DU CERVEAU.

Cette espèce occupe une place importante et distincte dans l'histoire de la méningite. C'est sans contredit celle qui fut connue la première; c'est celle qui survient assez fréquemment dans les cas de traumatisme. C'est à elle qu'on a rattaché la phrénésie, car le délire en est l'un des symptômes les plus ordinaires. Profitons donc des faits bien observés, qui ne manquent pas, pour étudier dans ses détails cette localisation si remarquable de la méningite, qui correspond aux régions supérieures et latérales du cerveau.

Cette espèce se présente sous l'aspect d'une phlegmasie manifestée : 1° par l'injection, l'opacité, l'épaississement des méninges, ou par des adhérences; 2° par une exsudation séreuse; 3° gélatiniforme; 4° par la formation du pus; 5° par la production des néo-membranes.

Cette dernière variété est fort intéressante, et son étude exigera une attention particulière. Déjà, à l'occasion des hémorrhagies méningées, on avait pu entrevoir des rapports qu'il est maintenant opportun de constater et de fixer. Si la dure-mère, par sa face interne, prend une part très active à la production des néo-membranes intra-arachnoïdiennes, il ne faut pas oublier celle qui revient aux autres méninges ni méconnaître l'état phlegmasique qui y concourt.

1re VARIÉTÉ. — **Méningite de la convexité du cerveau manifestée par l'injection, l'opacité, l'épaississement, les adhérences de l'arachnoïde et de la pie-mère.**

LXXXVIIe OBS. — Garçon, sept ans et demi, robuste, peau brune, intelligent, ayant eu des maladies fébriles avec symptômes cérébraux, suivies de surdité pendant quelques mois. Insomnie, chaleur, soif. Céphalalgie, sensibilité des yeux à la lumière, langue humide, rouge

à la pointe; haleine chaude, sensibilité à l'épigastre, constipation, urines rares et rouges, pouls 100. Douleurs gastriques, vomissements bilieux, peau chaude et sèche, agitation. Deuxième jour, tête très douloureuse, lourde, vacillante; yeux rouges, injectés, sensibles à la lumière; oreilles sensibles au bruit; le moindre mouvement retentit douloureusement dans le crâne. Fièvre violente. Tout à coup, cri d'effroi, extension subite du bras droit; quelques paroles inintelligibles; paralysie de la paupière supérieure gauche; strabisme interne et supérieur du même œil, dilatation de la pupille, paralysie des membres gauches; œil droit ouvert, injecté, saillant; pupille contractée et mouvements spasmodiques des muscles du côté droit de la face et des membres droits. Continuation de cet état pendant dix heures, puis résolution et mort. — Sinus et vaisseaux de la dure-mère gorgés de sang. Un peu de sérosité limpide dans la cavité de l'arachnoïde. Arachnoïde de l'hémisphère droit très épaisse, de couleur opaline, résistante. Congestion sanguine très considérable de la pie-mère. Pulpe cérébrale consistante, rosée, sablée de points rouges. Même état, mais moindre, de l'hémisphère gauche. Intégrité des organes thoraciques, des voies digestives; pas de vers (1).

LXXXVIIIe Obs. — Soldat, vingt-six ans, vifs chagrins. Lassitudes, douleurs vagues dans la tête, sentiment de resserrement à l'épigastre. Inappétence, digestions pénibles. 16 novembre, frissons, tremblement. 17, abattement, nausées; bouche mauvaise, langue sale et sèche. 18, somnolence. 19, regard étonné, pouls fréquent, peau chaude et sèche. Exacerbation, délire, rire sardonique. 20, amélioration le matin, exacerbation le soir. Convulsions du côté droit. Efforts pour sortir du lit. 21, délire, vociférations, agitation extrême. 22, assoupissement profond. Hémiplégie droite. Yeux fixes, pupilles dilatées. Langue sèche et noire. 23, mort. — Méninges rouges et injectées en différents points correspondant au pariétal gauche. Une once et demie de sérosité dans le ventricule latéral du même côté. Vaisseaux de la base du crâne gorgés de sang (2).

LXXXIXe Obs. — Homme, vingt-deux ans, fièvre, nausées, diarrhée; étourdissements, céphalalgie gravative, surdité, abattement. Pouls presque naturel. (Saignée, sang couenneux.) Réponses lentes, délire la nuit. Stupeur, prostration, somnolence. Mort le vingt-deuxième jour. — Arachnoïde de la convexité opaque; adhérences

(1) Gaultier de Claubry, *Archives*, 1827, t. XIV, p. 56.

(2) Domenget, *Fièvre cérébrale observée à Saint-Malo*. Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1815, n° 23, p. 18.

vers le corps calleux. Muqueuse intestinale rouge, ganglions mésentériques engorgés ([1]).

XC[e] Obs. — Porteur d'eau, vingt-cinq ans. Mars, frissons, fièvre, nausées. Pouls lent. Céphalalgie occipitale, puis frontale. Délire, accablement, immobilité. Yeux ouverts, loquacité, grande fréquence du pouls. Mort le dix-neuvième jour. — Arachnoïde de la convexité très rouge; le feuillet pariétal l'est aussi. Trois onces de sérosité dans les ventricules ([2]).

XCI[e] Obs. — Femme, trente ans, récemment accouchée, fièvre de lait. Le quatrième jour, délire violent, apyrexie. Dix jours après, perte de connaissance, jactitation, mussitation, pouls très fréquent, petit. Œil à demi-fermé. Somnolence. — Arachnoïde opaque, épaissie, ayant contracté çà et là des adhérences avec la dure-mère. Vaisseaux cérébraux pleins de sang ([3]).

XCII[e] Obs. — Tailleur, trente-sept ans. 15 juillet, céphalalgie frontale. 16, céphalalgie générale. Inappétence, vomissements. 18, face pâle, yeux cernés et languissants; légers mouvements involontaires des commissures des lèvres. Réponses nettes et précises; pas de fièvre. Constipation. 20, tristesse, abattement, réponses lentes, impression de la lumière pénible, yeux fermés. 21, délire, propos incohérents, cris, rougeur de la face, tête continuellement agitée et portée alternativement à droite et à gauche. Mouvements spasmodiques des muscles de la face, bouche pleine de salive écumeuse; loquacité bruyante, mais intelligible; soubresauts des tendons, rire sardonique, agitation continuelle, puis roideur du bras droit. 23, renversement de la tête en arrière et à droite, respiration très irrégulière, yeux fixes, bouche béante et immobile. Pupilles normales; ouïe, parole nulles; puis retour du délire. 24, coma, sueur visqueuse, stertor. Mort. — Hémisphère droit pâle, le gauche très rouge. Cette teinte réside dans la pie-mère, extrêmement injectée, mais sans sérosité ni pus. La substance grise participe à l'injection de la méninge qui la recouvre. A peine deux cuillerées de sérosité dans les ventricules. Pas d'autre lésion dans l'encéphale. Cœur droit contenant un gros caillot fibrineux ([4]).

XCIII[e] Obs. — Homme, quarante-un ans, instruit, mais passionné pour le magnétisme animal. Monomanie, agitation, insomnie, hallu-

([1]) Observation recueillie par Martin Solon, communiquée par Récamier. (Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 225, obs. 33.)

([2]) Parent du Châtelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 213, obs. 29.

([3]) Neumann, *Archives*, 1824, t. VI, p. 431.

([4]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 20.

cinations. Pneumonie. Mort. — Vaisseaux cérébraux engorgés. Dépôt inflammatoire ancien sous l'arachnoïde. Épaississement de la membrane elle-même, et adhérence au tissu sous-jacent dans l'espace d'un pouce et demi. Substance corticale et autres parties de l'encéphale dans un état normal (1).

XCIVe Obs. — Pharmacien, quarante-cinq ans. Travaux intellectuels excessifs, mauvaise hygiène. Juillet, céphalalgie intense, inappétence; pouls plein, yeux injectés. Rémittences très prononcées et vives exacerbations. Intellect conservé, sentiment de chaleur intérieure, excitabilité des organes des sens. Vomissements, étourdissements, lipothymies, vertiges; puis amélioration, et même convalescence. Au commencement du troisième mois, léger excès de régime et fatigue. Aussitôt battements dans la tête et dans l'abdomen. Agitation, ensuite abattement extrême. Maigreur excessive. Mort le cent dixième jour de la maladie. — Arachnoïde, vers le sommet de la tête, épaissie, opaque, dense. Pie-mère très injectée. Ces membranes, confondues, s'enlèvent par lambeaux, sans adhérence avec le cerveau. Quelques adhérences existent entre les feuillets pariétal et viscéral de l'arachnoïde. Sérosité rougeâtre dans les ventricules. Substance corticale plutôt rosée que grise, mais de consistance normale. Gastro-entérite (2).

XCVe Obs. — Homme, cinquante-deux ans. Depuis quatre ans, douleur à l'occiput. Tout à coup douleurs plus vives, paralysie incomplète du bras gauche, puis du droit. Contracture des membres inférieurs, surtout de la jambe gauche, avec prédominence des fléchisseurs. Sensibilité seulement un peu diminuée. Intégrité des sens et de l'intelligence. Pouls serré, faible; peau froide, mais sentiment de chaleur générale; évacuation incomplète de l'urine. Les membres supérieurs passent de l'état de résolution à celui de roideur tétanique, principalement le gauche; les inférieurs restent dans la demi-flexion. Rétention d'urine, constipation, phlegmon gangréneux du pied gauche. Voix altérée, parole difficile, déglutition gênée, respiration fréquente, toux sèche. Mort le quinzième jour. — Taches blanchâtres de l'arachnoïde sur les lobes moyens du cerveau. Injection des veines de la pie-mère. Aucune altération de l'encéphale, de la moelle, ni de l'origine des nerfs destinés aux membres supérieurs, ni de la huitième paire. Ventricules vides. Peu de liquide céphalo-rachidien. Quelques incrustations de l'aorte. Cinq anciennes ulcérations de l'estomac (3).

(1) Scott, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1828, t. XXX, p. 37.

(2) Guérin de Mamers, *Journal complémentaire*, t. XXX, p. 330.

(3) Andral et Pras, *Journal général*, 1828, 3e série, t. VI, p. 173.

2e VARIÉTÉ. — **Méningite de la convexité du cerveau produisant une exsudation séreuse.**

La méningite entraîne souvent l'exsudation d'un fluide séreux. Ce fluide s'épanche dans la cavité de l'arachnoïde, ou s'infiltre sous cette membrane dans le tissu de la pie-mère. De là, la division des faits en deux séries ou sous-variétés.

Première Série ou Sous-Variété. — *Méningite de la convexité avec épanchement séreux dans la cavité de l'arachnoïde.*

Il faut remarquer d'abord, dans les faits qui vont suivre, l'absence de toute néo-membrane; puis la teinte rougeâtre du fluide séreux épanché dans la cavité de l'arachnoïde. Des globules sanguins ont accompagné le sérum. Des traces diverses de phlegmasie ont mis hors de doute l'origine de l'épanchement constaté. On a aussi vu des infiltrations sanguines : de là les rapports de cette sous-variété avec l'hémorrhagie méningée intra-arachnoïdienne.

XCVIe OBS. — Garçon, trois ans. Tête volumineuse, fontanelle antérieure non ossifiée. 24 janvier, vomissements; renversement de la tête en arrière, sans roideur du cou; yeux agités de mouvements convulsifs, strabisme convergent de l'œil gauche, pupilles naturelles; pommettes colorées; motilité, sensibilité des membres conservées; pieds un peu œdémateux; pouls régulier, 110; soif, déglutition facile, une selle liquide. 30 janvier, mouvements convulsifs du membre supérieur gauche et de la face. 31, alternatives de rougeur et de pâleur de la face, contracture des mains et des pieds, sensibilité cutanée obtuse; somnolence, pouls 128, peau chaude. 1er février, mouvements convulsifs des membres supérieurs, les pouces sont couverts par les autres doigts. Assoupissement, pouls 140, respiration 40, râle sous-crépitant. Mort le 2. — Fontanelle antérieure et supérieure complètement membraneuse. 150 grammes de sérosité transparente et rougeâtre dans la cavité de l'arachnoïde. Point de fausses membranes, mais piqueté sanguin ou ecchymoses très fines sous l'arachnoïde pariétale. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne, léger écartement de quelques circonvolutions. Substance corticale gris-rosé, substance blanche parsemée de points

rouges très rapprochés : l'une et l'autre sont de consistance normale. Pas d'épanchement ventriculaire. Quelques tubercules dans les ganglions bronchiques [1].

XCVII[e] Obs. — Garçon, dix ans. Céphalalgie datant de deux mois, devenue plus vive. Vomissements, soif, fièvre, face rouge, assoupissement. Pas de réponses, petits cris; pupilles normales, puis dilatées; yeux fixes. Salivation (non provoquée par les mercuriaux); trismus; pouls irrégulier, vif. Mort le seizième jour. — Injection considérable des méninges. Deux onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; une once de sérosité dans les ventricules. Masse cérébrale comme augmentée de volume et injectée [2].

XCVIII[e] Obs. — Homme, dix-neuf ans, très studieux. Céphalalgie frontale ancienne, pesanteur des yeux, disposition à errer çà et là, aberrations du jugement, peau brûlante et sèche, pouls 120 et plein. Délire furieux, paroxysme fébrile, rémission et exacerbation, selles liquides, tension de l'abdomen. — Vaisseaux de la dure-mère injectés. Beaucoup de fluides entre la dure-mère et la pie-mère. Substance cérébrale injectée. Sérosité dans les ventricules. Vésicule biliaire vide. Estomac et intestins distendus par des gaz [3].

XCIX[e] Obs. — Homme, vingt-huit ans, monomane. Affaiblissement de l'intelligence, démence, paralysie générale, membres immobiles et contracturés. Mort. — Huit onces de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde. Petites végétations sur la pie-mère, qui est injectée et infiltrée de sérosité. Mollesse de la substance grise, injection de la substance blanche. Dilatation des ventricules [4].

C[e] Obs. — Nègre, trente ans (Grenade). Convalescence de pneumonie. Juillet, exposition au grand air. Céphalalgie, fièvre, délire, soubresauts des tendons, pouls 100, loquacité confuse, strangurie; pupilles dilatées, délire paisible; pouls naturel, puis 100; sensibilité normale, évacuation urinaire difficile, stupeur. Mort. — Huit onces de sérosité sanguinolente entre la dure-mère et la pie-mère. Vaisseaux des méninges très injectés, méninges enflammées. Cerveau et ventricules dans l'état normal. Cystite. Restes de pneumonie [5].

CI[e] Obs. — Femme. Légère céphalalgie. Attaque subite, après déjeuner, de vomissements violents. Perte de connaissance et mort. — Vaisseaux cérébraux très engorgés. Épaississement et opacité de

[1] Legendre, *Maladies de l'Enfance*, 1846, p. 145.
[2] Quérelin, *Archives*, 2e série, t. XII, p. 211.
[3] Richard Harrison, *Medical Transactions*, 1815, t. V, p. 401.
[4] Calmeil, *Paralysie des Aliénés*. Paris, 1826, p. 85.
[5] Mathias Gahagan, *Medical Commentaries*, 1789, t. XIII, p. 353.

la pie-mère et de l'arachnoïde. Environ cinq onces de sérosité sanguinolente sous la dure-mère (1).

CII^e Obs. — Homme, trente-quatre ans. Embarras de la parole, faiblesse des membres inférieurs, rétention d'urine; deux accès de congestion cérébrale, alternatives de calme et d'agitation; délire triste, soupçonneux. La nuit, cris, paroles sans suite, mouvements désordonnés qui obligent à mettre la camisole de force; en même temps, fièvre intense se terminant par des sueurs abondantes. Ces accès commencent le soir à dix heures et cessent à quatre heures du matin (supprimés par le sulfate de quinine). Le délire a cessé. Un peu d'embarras de la parole. Du reste, apparences de guérison pendant quinze mois. Alors prononciation plus gênée, faiblesse des membres, agitation; illusions de richesse, de grandeur, etc. Quatre mois plus tard, paralysie très prononcée, évacuations involontaires; enfin, gangrène aux orteils; eschares aux jambes, aux trokanters, au sacrum. Mort. — Deux onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, qui est blanche, opaque, épaissie sur la convexité des hémisphères. Pie-mère non adhérente aux circonvolutions. Substance grise à peine rosée dans quelques points (2).

CIII^e Obs. — Femme, trente-sept ans, mariée, ancienne céphalée. Règles imparfaites et supprimées par le froid depuis six semaines; tête enflée, très douloureuse. Vue affaiblie, œil gauche tourné en haut et en dehors. Pupilles insensibles. Parole embarrassée. Stupeur. Paralysie du mouvement des membres droits, jambe gauche gonflée, formant une masse dure et douloureuse. Dyspnée; pouls faible, irrégulier, intermittent; constipation. Peau chaude, pieds froids, faiblesse. Perte de la vue, et en partie de la voix. Délire, mussitation. Quelques marques de sensibilité, mouvements convulsifs. Rétablissement du mouvement du bras droit, cécité diminuée. Parole nulle. Évacuations involontaires; ptyalisme. Vomissements de matières verdâtres, tachées de sang. Mortification aux orteils, affaiblissement. Mort après deux mois de maladie grave et de très anciennes souffrances. — Vaisseaux cérébraux légèrement injectés. Crâne très épais. Deux onces de sérosité sous la dure-mère. Pas d'eau dans les ventricules. Cerveau sain (3).

CIV^e Obs. — Femme, quarante ans, adonnée aux spiritueux. Depuis quinze mois, douleur, pesanteur de tête. Six mois après, perte

(1) Davies, *Lancet*, 1838-39, t. II, p. 236.

(2) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1847, t. I, p. 337.

(3) Clarke, *Report from general hospital near Nottingham*, 1808. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, t. IV, p. 5.)

subite et momentanée des sens et du mouvement, puis faiblesse du côté droit. Station impossible. Perte de la mémoire, pâleur, stupeur, parole embarrassée. Langue tremblante, ainsi que les mains quand les bras sont étendus. Extrémités inférieures froides. Motilité volontaire des membres maintenue, sensibilité cutanée très obtuse. Vue, ouïe conservées; mains souvent placées sur la tête, qui n'est pas douloureuse. Évacuations alvines volontaires, rétention d'urine (cathèter). Menstrues régulières. Pouls 120. Bruits du cœur normaux, agitation, efforts pour sortir du lit. Mouvements des orteils faciles. Délire, vociférations; pouls fréquent et évacuations involontaires. — Dure-mère crânienne plissée par l'issue d'une sérosité abondante de la cavité de l'arachnoïde. Celle-ci est opaque sur les hémisphères. Pie-mère infiltrée de sérosité entre les circonvolutions du cerveau, qui est ferme et normal. Ventricules distendus par la sérosité. Dépôts osseux dans les artères carotides internes ([1]).

CV^e Obs. — Commissaire de marine, quarante-cinq ans, athlétique; pas d'excès. Chagrins, morosité, indifférence, propos absurdes; mémoire faible. Délire, embarras de la prononciation, faiblesse, paralysie des jambes. Idées ambitieuses. Embonpoint. Moral de plus en plus obtus, mais sens encore aptes à remplir leurs fonctions. Mort au bout d'un an et demi. — Face interne de la voûte du crâne creusée, près la ligne médiane, de petits enfoncements, correspondant à des végétations, ou bourgeons fongueux, qui, nés sous le feuillet cérébral de l'arachnoïde, ont écarté les mailles de la dure-mère, et ont fait saillie à sa surface (glandes de Pacchioni). Une once de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Pie-mère et arachnoïde très épaissies et infiltrées d'un fluide d'aspect gélatineux. Cinq onces de sérosité dans les ventricules. Pas d'adhérence de la pie-mère à la substance corticale, qui est saine ([2]).

CVI^e Obs. — Homme, quarante-cinq ans, abolition des facultés intellectuelles, évacuations involontaires, perte de la parole, station chancelante. Congestion cérébrale, coma. Mort. — Sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde; épaississement et opacité de cette membrane, ramollissement de la couche corticale ([3]).

CVII^e Obs. — Homme, soixante-quatre ans, robuste. 2 septembre, douleur vive au sommet de la tête, avec rémissions; anorexie. Enduit épais sur la langue, torpeur; affaiblissement de la mémoire, incohérence des idées; mains portées vers les pariétaux; pouls plein,

([1]) Burrows, *On disorders of cerebral circulation*. London, 1846, p. 54.
([2]) Calmeil, *Paralysie des Aliénés*, p. 178.
([3]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 245.

grand, fort, non fréquent. Constipation. Amélioration notable sous l'influence des émissions sanguines, d'un vomitif et du sulfate de quinine. 2 octobre, face vultueuse, sentiment de faiblesse. Mort immédiate. — Grande quantité de sérosité trouble et teinte de sang sous la dure-mère. Quelques caillots à la surface du cerveau. La dure-mère et son feuillet séreux sont épaissis, surtout vers le sinciput. La surface interne de ce feuillet est rouge, rugueuse. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épais, opaque, infiltré de sérosité. Substance corticale ramollie en quelques points ([1]).

CVIII^e Obs. — Homme, soixante-cinq ans, ivrogne, hérédité vésanique, aliénation depuis cinq mois. Dix jours avant sa mort, perte de connaissance et de la parole, décubitus sur le dos sans mouvements, déglutition difficile, coma. — Un verre de sérosité sanguinolente dans la cavité arachnoïdienne. Épaississement des membranes, injection de la pie-mère, mollesse de la couche corticale, adhérence de la pie-mère en quelques points. Atrophie des circonvolutions de la moitié antérieure des hémisphères ([2]).

CIX^e Obs. — Homme, soixante-six ans, intelligent, autrefois abus des spiritueux; pas d'excès depuis quinze ans; syphilis. Jugement moins sain, conduite bizarre, idées ambitieuses, suppression d'hémorrhoïdes. Catarrhe vésical. Marche mal assurée, prononciation difficile. Perte de la mémoire des impressions récentes. Dyspnée, anasarque, anxiété; pouls petit et fréquent; dévoiement. Mort. — Une once de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, et autant dans chaque ventricule latéral; pie-mère épaissie, infiltrée, non adhérente au cerveau. Substance grise des circonvolutions de couleur et de consistance à peu près normales, mais offrant un grand nombre de bouches vasculaires vides de sang. Substance grise des corps striés, des couches optiques et de la protubérance plus colorée que celle de la périphérie. Substance blanche consistante, d'une teinte sale tirant sur le jaune, criblée d'ouvertures vasculaires très rapprochées; quelques-unes larges, laissant suinter des gouttelettes de sang. Cervelet, moelle allongée, moelle épinière dans le même état que le cerveau. Hypertrophie du cœur; épanchement séreux dans le thorax et dans l'abdomen ([3]).

CX^e Obs. — Femme, soixante-neuf ans. Paralysie du côté gauche, intellect sain, parole libre, pupilles dilatées. — Injection des vaisseaux encéphaliques. Sérosité sanguinolente dans les ventricules

([1]) Prat Bernon, *Journal général*, 1823, 2e série, t. XXI, p. 76.
([2]) Parchappe, *Traité de la Folie*. Paris, 1841, p. 174, obs. 188.
([3]) Thoumas-Lachassagne, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1846, n° 86, p. 11.

et à la surface du cerveau entre les lames de l'arachnoïde. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur ([1]).

CXIe Obs. — Carrier, soixante-quinze ans. Accès de congestion cérébrale et d'épilepsie. En juin, pupilles naturelles, puis contractées. Hémiplégie gauche, convulsions du bras gauche, langue inclinée à droite, contractions du sterno-mastoïdien droit, intellect intact. Mort. — Arachnoïde de l'hémisphère droit épaissie, injectée, contenant beaucoup de sérosité entre ses deux lames. Ventricules vides ([2]).

Deuxième Série ou Sous-Variété. — *Méningite de la convexité, avec exsudation séreuse sous l'arachnoïde.*

CXIIe Obs. — Garçon, quatorze ans, forte constitution, blond. En septembre, chute sur la tête; en novembre, fièvre continue, nausées, douleurs épigastriques, céphalalgie, diarrhée. Tristesse, mauvaise humeur. Pupilles dilatées, oscillantes. Pouls fréquent, petit. Cris nuit et jour, quelquefois somnolence. Mort le dix-neuvième jour. — Sérosité infiltrée sous l'arachnoïde, laquelle est épaissie et opaque, à la convexité seulement. Quatre onces de sérosité dans les ventricules. Cerveau ferme. Pus dans la fosse iliaque gauche ([3]).

CXIIIe Obs. — Tailleur, seize ans, faible constitution. Torticolis, céphalalgie, tête renversée, déglutition gênée, délire, rachis roide, stupeur, insomnie; pouls petit, fréquent; peau sèche, brûlante; paroxysme le soir. Mort le dixième jour. — Taches violettes sur le dos. Arachnoïde de la convexité rouge. Pie-mère épaissie, injectée, infiltrée de sérosité sanguinolente. Injection et épaississement de l'arachnoïde ventriculaire. Moelle épinière ramollie, injectée. Sérosité dans le canal vertébral ([4]).

CXIVe Obs. — Pierre Cazeneuve, âgé de vingt-sept ans, né à Laborde (Hautes-Pyrénées), tailleur de pierres, d'assez forte constitution, mais portant une légère gibbosité rachidienne, atteint, il y a un an, de fièvres intermittentes, éprouve, depuis quinze jours, des frissons suivis de chaleur, de céphalalgie, de vertiges. Des espèces d'accès fébriles se sont répétés tous les jours. En même temps, il y a eu de la toux, avec expectoration muqueuse, mais sans dyspnée ni douleur thoracique; une assez vive sensibilité à l'épigastre sans

([1]) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 292.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 290.
([3]) Mitivié, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, no 258, p. 36.
([4]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 583, obs. 135.

vomissement ni diarrhée. Entrée du malade à l'hôpital Saint-André le 18 avril 1847. Peau un peu chaude, pouls peu fréquent, face légèrement colorée; céphalalgie. Langue couverte d'un enduit jaunâtre, épais au centre, avec rougeur des bords; inappétence, soif, bouche amère, douleur à l'épigastre. Les autres régions du ventre sont indolentes; selles rares. Toux assez fréquente, crachats rares, visqueux; pas de douleur thoracique. (3 ventouses scarifiées à l'épigastre, tisane d'orge, diète.) — 19. Face colorée, pouls fréquent, moins de douleur à l'épigastre, toux. (Tisane de guimauve, looch calmant, lait.) — 20. Mieux, bouche amère, langue rouge sur les bords, blanche au centre; ventre indolent. (Eau de sedlitz; bouillon.) — *Soir*, quatre selles liquides. — 21. Face toujours colorée, pouls un peu fréquent, 72; langue blanche, ventre un peu douloureux à la pression. (3 ventouses scarifiées sur l'abdomen, chiendent, lavement émollient.) — 22. Insomnie, pouls peu fréquent, amertume de la bouche. (Eau fraîche pour tisane, lait.) — 23. Pouls calme, moins de douleurs à l'abdomen et moins d'amertume à la bouche; langue moins rouge et moins chargée. (Eau, lait.) — Du 24 au 29, mieux encore; apyrexie complète, appétit; ventre indolent; peu de toux. (Eau de veau, lait, bouillon, soupe.) — 30 au soir. Le malade, exposé à un courant d'air froid, n'accuse aucune douleur dans la poitrine; mais la respiration est très gênée. Il y a un changement très manifeste des traits. La percussion est encore claire à la partie antérieure et vers l'aisselle des deux côtés, au côté droit jusqu'au septième espace, au côté gauche jusqu'au huitième; mais depuis ces espaces en descendant et puis sous l'omoplate, il y a de la matité. Respiration plus faible en arrière, égophonie double, plus manifeste au côté droit. Râle crépitant à la partie antérieure et supérieure du côté gauche pendant l'inspiration. Bronchophonie au sommet. Pouls très accéléré, peu développé. (Petite saignée du bras, couenne mince, caillot de consistance moyenne, large vésicatoire de chaque côté du thorax, vésicatoires aux cuisses.)

1er Mai. Le malade se dit mieux, la respiration paraît moins gênée; le pouls est petit, faible, très fréquent. (Potion avec oxyde blanc d'antimoine, 2 grammes, et laudanum, 8 gouttes; vésicatoires aux jambes, sinapismes, bouillon.) — *Soir*. Le pouls n'est pas tout à fait aussi faible, mais bien fréquent; pommettes colorées, pâleur du reste de la face, langue sèche, respiration toujours gênée. Toux, crachats rares, muqueux, blancs, un peu jaunâtres. Ils ne contiennent pas de sang. — 2 Mai. Face moins altérée, moins de dyspnée, peu de toux; point d'expectoration; peau sèche, ardente; pouls moins faible, un peu fréquent; légère coloration des pommettes. — *Soir*. Même état; pouls fréquent, décubitus dorsal. Ni frissons ni

sueur. Deux selles liquides.— 3. Moiteur, respiration sifflante, gênée; pouls toujours fréquent, 92. (Infusion de guimauve; potion avec oxyde d'antimoine, 2,0, et digitale, 0,10.) — 4. Pouls moins faible, mais très fréquent; respiration moins gênée.— 5. Depuis cette nuit, délire violent, cris. A chaque instant, le malade a voulu se lever. On a dû lui mettre la camisole de force. Il ne répond pas aux questions, ou ses réponses sont insignifiantes. Face colorée, d'une rougeur violacée; pouls, 144, mou; langue humide, avec enduit brunâtre; diarrhée; peu de toux. Pupilles dilatées; regard fixe, yeux hagards. (Eschare à la nuque avec la poudre de Vienne, tisane de riz; potion avec extrait mou de quinquina, 2,0; bouillon.) — Le soir, l'intelligence revient un peu par intervalles. — 6. Râle trachéal, agonie. Mort le soir.

Nécropsie. — Rigidité cadavérique. La voûte du crâne enlevée, on trouve la dure-mère comme soulevée. En certains points, elle est éraillée pour laisser passer de petites végétations rougeâtres (glandes de Pacchioni). Infiltration sous-arachnoïdienne très prononcée sur la convexité du cerveau. Les veines qui rampent sur cette surface sont très développées, gorgées d'un sang noir. A la base, pas de sérosité infiltrée; seulement, les veines sont volumineuses. La substance cérébrale est, en général, injectée avec piqueté rouge très prononcé et très multiplié. Point de sérosité dans les ventricules.

Sérosité roussâtre dans les plèvres, qui sont injectées. Engouement à la base de chaque poumon. Cœur normal, Ramollissement blanc de la muqueuse gastrique, sans injection. Rougeur de l'intestin, plus manifeste à la fin de l'iléon, sans plaques ni ulcérations. Foie sain, rate un peu ramollie.

CXVe Obs. — Homme, vingt-neuf ans. 4 février, céphalalgie, nausées, vomissements, frissons, agitation, vertiges, trouble dans les idées, marche vacillante. 10, nuit agitée, délire, peau peu chaude; pouls 52, puis 60. Le 16, il est à 132, et le 17 à 105. Pupilles dilatées, ventre indolent et souple, rigidité des muscles de la partie postérieure du cou. La tête et le thorax se soulèvent tout d'une pièce. Strabisme divergent, mobilité conservée dans les bras, mais pas de force pour serrer. Peu de sensibilité à la peau, évacuations involontaires. 19, visage effilé, extrémités froides, affaissement, soubresauts des tendons. Si on pince un bras, c'est l'autre qui se retire, et *vice-versa*. Résolution des membres plus marquée à droite. Paralysie de la vessie, collapsus. Mort le 20. — Les deux feuillets de l'arachnoïde sont secs, un peu visqueux et légèrement adhérents. Infiltration séro-fibrineuse sous l'arachnoïde. Pie-mère, surtout du côté gauche, friable et adhérente à la pulpe cérébrale. Deux cuillerées

de sérosité dans les ventricules. Substance blanche sablée. Voûte à trois piliers ramollie. Poumons un peu engoués ([1]).

CXVI° Obs. — Julien Toreau, âgé de trente-quatre ans, né à la Ferté (Sarthe), terrassier, d'un tempérament sanguin, atteint, il y a cinq ans, de fièvre quotidienne, entre à l'hôpital Saint-André le 19 septembre 1854. Depuis deux jours, il éprouvait une vive céphalalgie et des douleurs vagues dans les deux côtés du thorax et à l'épigastre. Le lendemain, la fièvre s'était manifestée; le 19, elle persiste, la peau est brûlante et le pouls plein, à 70; dyspnée, affaissement, céphalalgie; langue couverte d'un enduit blanchâtre, rouge à la pointe; nausées, douleur épigastrique vive, constipation; douleur vague dans la poitrine augmentant pendant les fortes inspirations. (Saignée du bras.) — 20. Épistaxis; pouls plein, 75. Côté gauche du thorax douloureux; pas de matité; respiration obscure à gauche, râle muqueux au même point. (4 ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine.) — *Soir*. Cessation des phénomènes thoraciques, mais peau brûlante; pouls plein, 80; céphalalgie violente, langue blanche, nausées; douleurs épigastriques; pas de selles. (Saignée du bras; couenne épaisse de deux lignes, résistante, jaunâtre; caillots volumineux; lavement purgatif.) — 21. Nouvelle épistaxis; cinq à six selles. Chaleur à la peau; pouls fréquent, plein, 80. Rougeur et gonflement de l'aile gauche du nez. — 22. Pouls plein, mou, 80; épistaxis; langue sèche. (Potion avec extrait mou de quinquina, 3,0.) Le soir, pouls petit, fréquent, 80. Érysipèle du nez, dyspnée, chaleur vive de la peau. — 23. Langue très sèche, délire continuel. Érysipèle de la face moins rouge et moins tuméfié; pouls 95. — 24. Insomnie, délire toute la nuit. — 25. Mort dans la journée.

Nécropsie. — Injection vive et rougeur des méninges sur toute la convexité des hémisphères cérébraux. Vaisseaux de la dure-mère très engorgés; pie-mère infiltrée d'une sérosité trouble; tissu du cerveau piqueté, de consistance normale. Une cuillerée d'un liquide sero-sanguinolent dans les deux ventricules; ramollissement de la voûte à trois piliers; état normal des autres parties de l'encéphale; léger engouement de la partie postérieure des poumons; pas d'altération dans les divers autres organes, si ce n'est une vive injection de la muqueuse de l'estomac.

CXVII° Obs. — Gendarme, trente-huit ans, abus du tabac et du vin. Malaise, douleurs vagues, pesanteur de tête, abattement, pouls faible, mou, peu fréquent; somnolence. Délire sourd. Parole hési-

([1]) Moriot, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1846, n° 98, p. 15.

tante. Tremblement des mains, coucher en supination. Soubresauts des tendons. Face gonflée, injectée. Pouls très faible. Mort le treizième jour. — Tête livide. Sugillations sur le crâne. Dépression à l'intérieur de la voûte, vers la suture sagitale, près l'angle postérieur du pariétal droit, correspondant à une expansion variqueuse du sinus longitudinal supérieur. Injection de l'arachnoïde et de la pie-mère. Inflammation et infiltration séreuse très abondante de celle-ci. Infiltration générale de la substance cérébrale et du cervelet. Sérosité rougeâtre dans les ventricules. Plexus choroïdes volumineux, infiltrés. Épanchement sanguin sous la tente du cervelet [1].

CXVIII^e Obs. — Joseph Sabatié, âgé de trente-neuf ans, de Brusque (Aveyron), parfumeur, demeurant à Bordeaux, marié, de constitution faible, d'un tempérament nerveux, sujet à des bronchites en hiver, s'était beaucoup fatigué dans le mois d'août 1844. Sous l'influence d'une chaleur vive et de sueurs abondantes, il avait éprouvé des douleurs abdominales et de la constipation. Il prend des purgatifs; son état s'aggrave. On fait l'application de vingt sangsues sur le ventre. Quelque temps aprés, il survient de la toux, de l'oppression. On met des vésicatoires aux jambes; le malade avait été dominé dès le début par une idée fixe, celle du danger qui menaçait son existence. Un trouble intellectuel plus prononcé vient d'éclater, et on porte Joseph Sabatié, le 17 décembre, à l'hôpital Saint-André (service de la Clinique interne). Les symptômes suivants sont immédiatement notés : Décubitus sur le dos ou sur le côté droit; yeux mobiles, pupilles dilatées, incohérence et exaltation dans les idées, qui roulent principalement sur ce point que sa femme l'a fait conduire à l'hôpital, quoiqu'il soit très riche. Délire loquace, avec des intervalles de repos. Pas de toux; percussion thoracique sonore, langue naturelle, abdomen indolent; pouls petit, peu fréquent. — 18. Le malade ne veut ni se laisser examiner ni répondre aux questions qu'on lui adresse. — 19. Pouls faible, peu fréquent; divagation pendant la nuit, plus de calme dans la matinée. (Vésicatoire à la nuque; infusion de valériane, 60 grammes; bain de pieds, bouillon.) — 20. Pouls calme, faible; le malade ne parle pas ou ne prononce que quelques mots à voix très basse; il ne montre pas sa langue. Lorsqu'on pince la peau en divers points, il n'accuse pas de sensibilité; il n'éprouve pas de douleur à la levée du vésicatoire. (Infusion de valériane, 60 grammes; lavement avec assa fœtida, 2 grammes; soupe, bouillon.) — *Soir*. Le malade parle plus haut; ses réponses sont plus faciles. — 21. La sensibilité paraît rétablie; il éprouve de la douleur quand on pince sa peau. — 22. Évacuations alvines et

[1] Dufour, de Montargis, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXVII, p. 374.

urinaires involontaires. Pendant la nuit, le malade s'est levé, et est allé se coucher dans le lit d'un autre individu; on a eu quelque peine à le ramener à sa place.

Du 23 au 28, même état; pouls peu fréquent, délire, urines involontaires. — 28, 29. Peu d'agitation; le malade garde un silence absolu pendant plusieurs heures. (Vésicatoire sur le cuir chevelu; infusion de valériane.) — 30. Il a senti le vésicatoire; légère fréquence du pouls; un peu d'exaltation dans les idées.

Du 1er janvier au 6, alternatives de loquacité, de silence, de tristesse ou d'agitation. (Séton à la nuque.) — 7. Pouls fréquent, peu plein; rougeur et tuméfaction du front jusqu'à la racine du nez, qui est aussi un peu tuméfié. — Du 8 au 13, érysipèle de la face; parfois, délire; peu de fièvre. — 14 au 17. Desquamation; pas de fièvre; moral calme. — 18. Le malade s'est levé pendant la nuit; il est allé se promener hors de la salle. — Du 19 janvier au 3 février, assez de tranquillité; quelques paroles incohérentes prononcées à voix basse; parfois, réponses assez raisonnables; point d'agitation, docilité, fonctions digestives en bon état; point de phénoménes thoraciques. 4 février. Exaltation vive, cris furieux, auxquels succède un calme profond et un silence absolu. (Bouillon, soupes, lait, pain.)

Du 5 au 8, tranquillité, mais insomnie; faiblesse extrême du pouls, peau assez froide; contracture des bras. Mort le 12.

Nécropsie. — Maigreur; peu de rigidité des membres. Poumons très sains. Cœur peu volumineux, normal. Plicatures de la surface interne de l'estomac avec rougeur des lignes saillantes. Pas d'autres altérations des organes abdominaux. Épaississement très marqué de l'arachnoïde et de la pie-mère à la surface supérieure du cerveau, principalement sur les lobes antérieurs; injection très prononcée des méninges; infiltration notable de sérosité dans la pie-mère; intégrité de la substance corticale. Le ventricule gauche contient en petite quantité un fluide séreux limpide; léger ramollissement de la voûte à trois piliers, du septum lucidum, du corps calleux et de la corne d'Ammon droite. Les autres parties de l'encéphale n'offrent aucune altération.

CXIXe Obs. — Guillaume Cantau, âgé de quarante-six ans, laboureur à Aillas (Gironde), fortement constitué, fut atteint, il y a treize ans, d'une fièvre grave, pendant laquelle il resta vingt-deux jours privé de la parole. En juillet 1851, il éprouve une douleur profonde dans la tête et dans l'œil droit; la vue de cet œil s'obscurcit rapidement. Bientôt après, des douleurs ont lieu sur le trajet de la colonne vertébrale; le malade a de la peine à se tenir debout. Dans le mois d'août, il survient un tremblement continuel des membres. En septembre apparaissent de nombreuses petites plaques rouges

sur la surface du corps, occasionnant un prurit incommode. Le 15 octobre, le malade est reçu à l'hôpital Saint-André, et offre l'état suivant : Coloration de la face, chaleur normale de la peau, fréquence du pouls, instabilité musculaire ; mouvements multipliés, partiels, incomplets du cou, des membres, surtout des doigts ; vision abolie de l'œil droit, dont la pupille est resserrée ; léger strabisme, conjonctive injectée, langue dans l'état normal ; peu d'appétit, constipation. — 16. Agitation très grande pendant la nuit. Le malade s'est levé, et est tombé ; pouls fréquent, peau chaude. (Tisane, bains, soupes.) — *Soir*. Agitation, état de souffrance exprimé par des plaintes, délire. Le malade appelle à haute voix dans la salle les divers membres de sa famille ; pouls 90. — 17. Délire pendant toute la nuit, agitation ; efforts continuels pour se lever ; pouls irrégulier, 120. (Potion avec musc, 0,25, et laudanum de Sydenham, 10 gouttes ; vésicatoire à la nuque.) — 18. Persistance du délire, qui a diminué à la fin de la nuit ; pouls assez plein, fréquent, irrégulier ; face colorée, peau chaude, constipation. (5 sangsues derrière chaque oreille, vésicatoires aux cuisses ; calomel, 1,0, en 6 doses.) — 19. Délire, langue sèche, soif ; selles liquides, involontaires ; pâleur de la face, pouls 80. (Potion avec musc, 0,60.) — *Soir*. Pouls 76, assez régulier ; langue humide. — 20. Pouls calme, langue humide ; pas de délire. (Demi-lavements avec camphre, 0,30, et assa fœtida, 0,60.) — *Soir*. Pouls 80. Le malade répond assez bien aux questions et se trouve mieux. — 21. Même état. (Lavements, bouillon épaissi avec une fécule.) — *Soir*. Pouls 80. Pas de chaleur à la peau. — 22. Pouls calme, 80. Le soir, vive chaleur de la peau, non précédée de froid ni de frissons. Pouls très fréquent, avec une intermittence à chaque dixième ou quinzième pulsation. Céphalalgie, langue normale. A sept heures du soir, pouls très fréquent, peau très chaude. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2,0, et sulfate de quinine, 0,70.) — 23. Pouls plein, fréquent, 100. Langue un peu rouge. (2 ventouses scarifiées à la nuque, vésicatoires aux cuisses, bouillon, lait, chiendent.) — *Soir*. Pas de chaleur à la peau ; pouls 80, irrégulier. Céphalalgie pendant la nuit, délire, carphologie ; pouls 90 ; agitation qui oblige d'attacher le malade. — 24. Pouls calme ; pas de délire. (Potion avec sulfate de quinine, 0,80.) — *Soir*. Pouls 110, irrégulier, intermittent ; face pâle, délire. Mort dans la nuit.

Nécropsie. — Vaisseaux de l'encéphale injectés, infiltration séro-sanguinolente très abondante sous l'arachnoïde et dans l'épaisseur de la pie-mère, sur toute la surface supérieure des hémisphères cérébraux. Environ 30 grammes de sérosité dans les ventricules latéraux ; point de ramollissement des substances corticale et médullaire, ni d'altération à la face inférieure du cerveau. Rougeur très

prononcée du tissu cellulaire adipeux du canal rachidien, autour de la dure-mère; état parfaitement normal des membranes rachidiennes et de la moelle épinière. Engouement pulmonaire. Cœur mou, ne contenant pas de caillots. Rate très petite, ayant son tissu ordinaire. Rien à noter pour les autres viscères.

CXX[e] Obs. — Pierre Duguet, âgé de quarante-six ans, de La Sauve (Gironde), maçon, d'une forte constitution, fut atteint, il y a six ans, de douleur dans les membres inférieurs. Dans les premiers jours de juillet 1852, il ressent quelques douleurs dans l'abdomen et dans les lombes, avec inappétence, vomissements et diarrhée. (8 sangsues sur l'abdomen.) Entrée du malade le 9 août à l'hôpital Saint-André : Pouls petit, assez régulier, 70; appétit, langue normale; épigastre indolent, abdomen légèrement tendu, constipation; douleur dans les jambes. — 11. Pouls 70, langue couverte d'un enduit jaunâtre, parole embarrassée; paralysie du bras droit, faiblesse dans le bras gauche, sensibilité conservée dans les deux membres; intelligence obtuse. (Saignée du bras, 2 ventouses scarifiées à la nuque, sinapismes aux pieds.) — *Soir.* Pouls petit, 68. — 12. Délire dans la nuit; pouls 88. (Vésicatoires aux jambes.) — 13. Pouls 100, délire tranquille, paralysie du mouvement dans les deux bras, immobilité des jambes, persistance de la sensibilité; respiration gênée, abdominale; pas de selles; yeux chassieux, pupilles immobiles. (Scammonée, 1,0; gomme gutte, 0,20, en cinq doses. Cautérisation à la nuque.) Mort le soir.

Nécropsie. — Arachnoïde de la convexité poisseuse; pie-mère très injectée et infiltrée d'une sérosité épaisse et lactescente. Point d'épanchement dans les ventricules; pas d'altération de la substance cérébrale; état normal de la moelle épinière et des organes thoraciques et abdominaux.

CXXI[e] Obs. — Cocher, quarante-huit ans, abus des spiritueux. Septembre, pleuro-pneumonie. Cinquième jour, délire loquace, violent, roulant sur ses occupations ordinaires. Retour de la raison. Douzième jour, fièvre intense, symptômes de pneumonie, puis amélioration. Du dix-neuvième au vingt-sixième, délire, qui augmente les jours suivants. Mort le trente-septième jour. — Liquide trouble, comme lactescent, dans la pie-mère de la convexité. Peu de sérosité dans les ventricules. Œdème pulmonaire. Surface interne de l'estomac brunâtre (1).

CXXII[e] Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, endormi au soleil, après des travaux pénibles. Délire intense, fièvre violente. Guérison

(1) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 18.

apparente. État d'idiotisme. Hydropisie générale. Mort. — Dure-mère et arachnoïde adhérentes entre elles et au crâne. Beaucoup d'eau sous les méninges et dans les ventricules. Cerveau mou ([1]).

CXXIII[e] Obs. — Cultivateur, cinquante-cinq ans. En août 1757, terreur, chagrins, accès de colère. Au réveil, côté droit paralysé, y compris la joue et la langue. Parole à peine intelligible, marche un peu possible. La paralysie résistait en juin 1758. Commotions électriques. Au dixième choc, malaise très grand, anxiété précordiale. Demi-heure après, perte de connaissance, déglutition impossible, et mort au bout de quatre heures. — Le côté gauche de la dure-mère, à partir du sinus longitudinal supérieur, adhère fortement au crâne. Elle est dure et épaisse, et elle adhère aussi à l'arachnoïde et à la pie-mère, et sous l'arachnoïde, il y a une lymphe un peu rougeâtre. Cette infiltration s'étend vers la partie postérieure de la surface de l'hémisphère et entre les circonvolutions; au dessous, les vaisseaux sont très variqueux. Injection sanguine dans les anfractuosités. Ventricule gauche distendu par une eau abondante rougeâtre et du sang coagulé; le quatrième contient aussi du sang ([2]).

CXXIV[e] Obs. — Homme, soixante ans, robuste, irritable, intelligent. Symptômes nerveux analogues à ceux de l'hystérie. Il y a six à sept ans, délire, hallucinations, envie de se précipiter par la fenêtre. Guérison apparente, mais morosité, irascibilité; amnésie. Douleurs vagues dans les membres inférieurs. Mouvements involontaires des membres, ou tremblement qui empêchent la station, la marche, la préhension des objets. On ne peut tâter le pouls. Intellect sain, parole brusque; la langue tremble. Pas de céphalalgie, mais vertiges quand la tête cesse d'être appuyée. Soif, anorexie; pouls 80, dur, plein; sueurs partielles, chaleur naturelle, amélioration passagère. Hallucinations reconnues par le malade lui-même. Délire passager. Une nuit, il se lève et se précipite d'un troisième étage. Mort bientôt après. — Arachnoïde opaque, épaissie, injectée, ainsi que la pie-mère. Ces membranes sont séparées par une grande quantité de sérosité. Cerveau mou, injecté. Sérosité dans les ventricules, surtout dans le gauche. Cervelet injecté. Bord inférieur de la faux ossifié en partie. Épanchements sanguins dans diverses parties de l'abdomen et dans le bassin, sans fracture ([3]).

CXXV[e] Obs. — Homme, soixante ans, ivrogne. Fièvre aiguë, stupeur. Chaleur peu élevée de la peau; néanmoins, le malade se découvre souvent. Extrémités froides; pouls variable, tantôt imper-

([1]) Neumann, *Archives*, 1824, t. VI, p. 431.
([2]) De Haen, *Ratio medendi*, t. II, p. 140.
([3]) De Laroche, *Americ. Med. Journal*, 1830. (*Journal des Progrès*, 1830, t. III, p. 260.)



ceptible, tantôt dur, intermittent. Mort le treizième jour. — Légère rougeur des organes digestifs. Sang épais, mais liquide dans le cœur. Sérosité limpide à la surface du cerveau, en petite quantité. Sérosité et légères traces d'inflammation de la pie-mère dans les anfractuosités. Ventricules renfermant de la sérosité rougeâtre ([1]).

CXXVI[e] Obs. — Femme, soixante-neuf ans. En août, mouvements involontaires des membres, regard assuré; parole brève, réponses inexactes, propos incohérents, délire, assoupissement; roideur du cou, des mâchoires, du tronc; pouls peu fréquent, puis accéléré; coma, évacuations involontaires. Mort le onzième jour. — Méninges de la convexité opaques, comme laiteuses, épaisses, consistantes, infiltrées de sérosité. Pie-mère injectée. Sérosité dans les ventricules latéraux et à la base. Ossification de l'aorte, de la carotide interne et de la basilaire ([2]).

On a pu remarquer, dans plusieurs des observations précédentes, que la sérosité épanchée ou infiltrée dans les méninges était rougeâtre et sanguinolente. Mais la méningite peut aussi avoir pour effet une véritable hémorrhagie. Indépendamment des faits exposés ailleurs (t. VI, p. 650), je crois devoir appuyer ce qui vient d'être dit de deux autres exemples, parce que l'effusion sanguine était évidemment liée à l'état phlegmasique des méninges.

CXXVII[e] Obs. — Fille, neuf ans. 10 avril, frisson, vive douleur de tête, chaleur, pas de sueur, soif, coliques, dévoiement. L'enfant reçoit des coups sur les bras. 14, somnolence, délire, pouls fréquent, peau chaude. Du 15 au 21, même état; pas de douleurs. Du 21 au 25, agitation, cris, délire, tremblement des bras, diarrhée. Du 25 au 27, plaintes, langue sèche et noire, dents fuligineuses, ventre souple. Du 28 avril au 7 mai, jour de la mort, légère amélioration, puis aggravation, toux, affaiblissement; pouls 132, assoupissement continuel. — Maigreur du sujet. Sur l'hémisphère gauche du cerveau se trouve un large caillot de sang noirâtre, adhérant par sa face externe avec l'arachnoïde pariétale. Par sa face interne, il déprime la partie correspondante du cerveau, qu'il teint en rouge; il va en s'amincissant jusque dans la fosse temporale. Cerveau un peu mou. Rochoux n'a vu aucun vaisseau rompu ([3]).

([1]) Morgagni, *De Sedibus et Causis morborum*, epist. VI, n° 8.
([2]) Récamier. (Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, 31[e] obs., p. 220.)
([3]) Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie*, 1833, p. 367.

CXXVIII[e] Obs. — Homme, trente-neuf ans, aliéné (Bicêtre). Mai, délire furieux toute la nuit. Le matin, à cinq heures, le malade se tait et reste immobile; coma profond, insensibilité complète, résolution générale, face injectée, respiration stertoreuse. Mort le soir. — Vaste épanchement de sang dans l'arachnoïde, sur tout l'hémisphère droit et sur la base du crâne. Ce sang est noir, en caillots, comme une gelée épaisse. Sa quantité est de six onces. On voit sur la face supérieure de l'hémisphère droit deux plaques d'inflammation de l'arachnoïde, avec une petite veine qui semble déchirée (1).

3e Variété. — Méningite de la convexité, avec production d'une matière épaisse, gélatiniforme.

Cette variété se confond quelquefois avec la précédente; on peut trouver d'un côté un fluide séreux, de l'autre une matière concrète, gélatiniforme (cvii, cxxii). Cette condensation du fluide séreux est probablement le résultat d'un progrès ou d'une persistance de l'état phlegmasique. Malgré ce rapport, je crois utile de séparer les faits qui vont suivre. La gravité et la curabilité doivent n'être pas les mêmes, lorsque la matière épanchée reste liquide ou quand elle devient solide. C'est donc surtout au point de vue du prognostic que la distinction doit être faite. Du reste, les phénomènes de la maladie se rattachent à ceux de la variété précédente, sauf pour quelques cas, qui mériteront une attention particulière.

CXXIX[e] Obs. — Fille, cinq mois. Diarrhée, fièvre. Troisième jour, convulsions cloniques du cercle supérieur. Cinquième jour, ictère. Mort. — Taches noirâtres sur le dos et ailleurs. Rectum noirâtre. Sérosité dans le péricarde. Concrétion fibrineuse dans le ventricule droit du cœur. Fluide séreux, concrété, sous forme de matière gélatineuse, entre la dure-mère et la pie-mère (2).

CXXX[e] Obs. — Enfant mâle, onze mois. Agitation, fièvre, assoupissement; yeux rouges, brillants; pouls fréquent, tendu; vomissements, mouvements convulsifs. Mort en quarante heures. — Sous l'arachnoïde existe un épanchement gélatineux très considérable, surtout sur l'hémisphère gauche. Arachnoïde épaissie, opaque;

(1) Ern. Boudet, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, février 1839, p. 53.
(2) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist X, n° 7.

vaisseaux cérébraux injectés. Épanchement gélatiniforme dans les ventricules latéraux, surtout dans le droit. Cervelet recouvert de la même matière ([1]).

CXXXIe Obs. — Fille, seize mois. Bronchite, coqueluche, pouls fréquent, convulsions. Mort le quinzième jour. — Dure-mère adhérente aux os. Sérosité gélatineuse abondante sous l'arachnoïde. Peu de sérosité dans les ventricules. Poumons hépatisés, légèrement tuberculeux ([2]).

CXXXII[e] Obs. — Enfant mâle, vingt-cinq mois. Malaise attribué au travail de la dentition. Agitation, pouls fréquent, pupilles dilatées; amélioration, puis recrudescence. Cris, pouls très vite, assoupissement, respiration accélérée, coma. Mort le dixième jour. — Dure-mère très adhérente aux os. Surface du cerveau couverte d'une couche épaisse de gélatine. Sérosité dans les quatre ventricules. Cerveau très ferme, cervelet mou ([3]).

CXXXIII[e] Obs. — Fille, quatre ans, faible. Mai, céphalalgie, agitation, vomissements, délire, pouls fréquent, respiration inégale, grincements des dents, assoupissement, pupilles dilatées. Durée, vingt-cinq jours. — Infiltration sous-arachnoïdienne gélatiniforme. Cerveau sain. Parties centrales non ramollies. Demi-once de sérosité un peu trouble dans chaque ventricule latéral. Rien à la base ([4]).

CXXXIV[e] Obs. — Garçon, quatre ans, santé habituellement bonne. 2 juillet, convulsions générales, perte de connaissance, strabisme, serrement des mâchoires. Le lendemain, attaque semblable de quelques minutes seulement. Les jours suivants, céphalalgie, délire, agitation ou somnolence, vomissements, constipation. 13, sensibilité exagérée, irascibilité, délire, cris ou assoupissement; pupilles normales, yeux sensibles, léger strabisme; pouls 110, peau chaude, face animée, soif vive, anorexie, abdomen indolent. Pas de lésion de la motilité. 15, pouls 120. Quelques taches rosées sur le ventre. 16, embarras de la parole; respiration inégale, suspirieuse, aggravation. 20, légères contractures dans les doigts et les orteils, poignets portés dans la pronation, spasmes des muscles de la face. 22, rigidité tétanique de tous les muscles, serrement des mâchoires, face contractée; pupilles dilatées, peu sensibles; connaissance à peu près nulle; pouls inégal, 160; sueur, pâleur, stertor, convulsions. Mort. — Organes thoraciques sains, ainsi que ceux de l'abdomen;

([1]) Matthey, *Mémoire sur l'Hydrocéphale*, 1820, p. 164.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 175.
([3]) *Idem, ibidem*, p. 169.
([4]) Berton, *Maladies des Enfants*, 3e obs., p. 65.

seulement des plaques de Peyer sont développées. Pas de vers dans les intestins. Cavité de l'arachnoïde humide, mais sans collection de liquide. Au dessous du feuillet viscéral est une infiltration d'aspect gélatiniforme, dont le liquide incolore s'écoule assez rapidement en piquant la membrane; celle-ci est mince et transparente. Substance corticale normale. Ventricules presque vides (1).

CXXXVe Obs. — Garçon, onze ans, intelligent et studieux. Bronchite. Vomissements le 14 mai. 18, céphalalgie, fièvre. 25, agitation, délire, pouls 110. Mort le 3 juin. — Épanchement gélatineux sur toute la surface du cerveau et sous la tente du cervelet. Sérosité dans les ventricules et dans le canal vertébral. Cerveau, cervelet dans l'état normal (2).

CXXXVIe Obs. — Homme, vingt-un ans. Fièvre, délire, mouvements convulsifs des membres supérieurs, soubresauts des tendons, coma, parole nulle. Mort. — Vaisseaux de la pie-mère pleins de sang noir, surtout en arrière et à gauche. Cette membrane est infiltrée d'une espèce de gélatine; il y a aussi de petites bulles d'air, sans indice de putréfaction. Points rouges dans la substance cérébrale. Plexus choroïdes d'un rouge noirâtre. Glande pinéale rosée contenant des graviers assez volumineux. Vaisseaux de la moelle injectés. Sérosité dans le canal rachidien (3).

CXXXVIIe Obs. — Homme, vingt-cinq ans, constitution délicate et faible. Mars, agitation, insomnie, mouvements spasmodiques. Perte de connaissance, des sens et du mouvement. Pupilles contractées, surtout la gauche. — Deux onces de sérosité dans les ventricules latéraux. Concrétion épaisse, albumineuse, sur tout l'hémisphère gauche, avec opacité et épaississement de l'arachnoïde. Dans les fosses occipitales droites, l'arachnoïde est revêtue d'une couche albumineuse moins épaisse et moins consistante (4).

CXXXVIIIe Obs. — Homme, trente-sept ans, sanguin. En mai, érysipèle facial, qui reparaît le 14 juillet, et ne tarde pas à disparaître. 17, face livide, coma, renversement de la tête en arrière, trismus, convulsions, pouls petit et fréquent, stertor. Mort le soir. — Couche albumineuse épaisse sur l'arachnoïde, d'un rouge vif, qui recouvre la moitié antérieure des hémisphères du cerveau (5).

CXXXIXe Obs. — Homme, cinquante ans, militaire, robuste, grand

(1) Barrier, *Maladies de l'Enfance*, 1861, t. II, p. 427.
(2) Matthey, *Mémoire sur l'Hydrocéphale*, p. 172.
(3) Morgagni, Epist. X, art. 17.
(4) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 91, 10e obs.
(5) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 187.

musicien. Chagrins, abattement, faiblesse, marche vacillante, parole mal articulée (arrêté la nuit comme vagabond ou aliéné). Perte de la mémoire et de l'attention; démence; évacuations involontaires; paralysie des membres inférieurs, faiblesse des supérieurs. Mort au bout de sept à huit mois. — Crâne épais, large. Six onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde sur l'hémisphère gauche. Sur le droit, large coagulum albumineux, grisâtre, solide, étendu de la région frontale à la tente du cervelet, ayant un pouce d'épaisseur; il n'a pas contracté d'adhérence avec les feuillets séreux; on l'enlève avec des pinces; il n'offre aucune trace d'organisation. Pas d'infiltration sous-arachnoïdienne. Substance corticale pâle, unie; substance blanche dépourvue de vaisseaux, et assez dense, ainsi que le corps calleux, le septum, le trigone, les pédoncules, le pont de Varole et la moelle ([1]).

CXL^e Obs. — De Saussure, cinquante-neuf ans, forte constitution, habitude des voyages et des explorations scientifiques dans les montagnes. Dyspepsies, pyrosis. Depuis longtemps, hémorrhoïdes. En 1793, après beaucoup de préoccupations, vertiges et engourdissement des membres gauches. Mouvement libre, sensibilité altérée et exaltée. Le contact des objets extérieurs ne pouvait se faire à la main que par l'intermédiaire d'un gant. Même état sur le côté gauche de la poitrine et de la bouche, de sorte qu'en passant la main sur la face, la diversité de sensation était facilement reconnue et la ligne de démarcation parfaitement tracée entre les côtés droit et gauche. L'intellect n'avait reçu aucune atteinte. Beaucoup de remèdes furent vainement employés; les vésicatoires seuls soulageaient. Une douche trop chaude aggrava la situation. Tout le côté gauche, du pied à la langue, fut affecté; la parole devint inintelligible, et le mouvement de la jambe gêné; la marche en ligne droite était difficile. De plus, il éprouvait comme une crainte, et faisait de grands efforts quand il devait passer par un espace étroit, comme une porte, même assez largement ouverte. Une soif vive et l'abondance de l'urine avaient fait craindre le diabétès; mais on s'assura de l'absence du sucre. L'usage des végétaux et d'une eau chargée d'oxygène avaient produit ces effets, qui cessèrent en supprimant cette boisson et ce régime. La paralysie augmenta, l'intelligence s'engourdit; il y avait parfois incontinence d'urine et une contracture de trois doigts de la main gauche. Un ulcère gangréneux s'était formé sur le prépuce. Affaiblissement rapide, malgré l'usage assez abondant des aliments, jusqu'à la veille de la mort. — Adhérence de la dure-mère le long du sinus longitudinal supérieur. Entre l'arach-

([1]) Calmeil, *Paralysie des Aliénés*, p. 160.

noïde et la pie-mère, considérable effusion d'une matière comme gélatineuse. Il y a çà et là des taches circulaires de diverses couleurs, surtout d'un jaune-grisâtre, de trois ou quatre lignes de diamètre, comme incrustées dans les membranes. Elles forment des espèces de petites sphères, qu'on prend, au premier aspect, pour des hydatides; mais quand on veut les séparer, on s'aperçoit que leurs bords rougeâtres ne sont qu'un lacis de vaisseaux. Il n'y a ni poche, ni solution de continuité. Seulement, en ces endroits, les membranes sont plus transparentes, et la sérosité qui les soulève communique librement avec celle de la surface du cerveau. Les méninges, dans les autres points, sont opaques, et leur division laisse suinter une abondante sérosité; il s'en écoule deux ou trois cuillerées. Cette sérosité, chauffée, ne se coagule pas, et évaporée ne laisse pas de résidu. Pareille effusion autour du cervelet, surtout à droite. Bulles d'air mêlées avec le sang dans quelques vaisseaux. Ventricules distendus par cinq onces de sérosité. Plexus choroïdes offrant comme des grappes d'hydatides. Glande pinéale dure, s'émiettant entre les doigts comme de la terre. Cerveau aplati sur les côtés et profondément sillonné par les artères. Intestins très développés. Expansion considérable du cœcum et allongement de son appendice. Poumons petits, mais sains, ainsi que le cœur et les gros vaisseaux; en général, poitrine étroite ([1]).

CXLI[e] Obs. — Homme, soixante ans, constitution détériorée, ancienne toux, maigreur. 28 avril, décubitus dorsal, expression d'anxiété; yeux fixes, chassieux; respiration haute, stertoreuse; pouls petit, fréquent; peau fraîche et humide; ouïe obtuse, réponses nulles. Membres droits paralysés, les gauches mobiles; sensibilité émoussée. Mort le cinquième jour. — Os du crâne minces. Sous la dure-mère, sérosité trouble. Pie-mère injectée et considérablement épaissie par l'infiltration d'une substance gélatineuse très consistante. Cet épaississement est plus marqué sur l'hémisphère gauche, où il est de six à sept lignes, et il envoie des prolongements entre les circonvolutions, qui en sont comprimées. Substance cérébrale sablée. Pas d'épanchement sanguin, pas de sérosité dans les ventricules. Poumons tuberculeux ([2]).

CXLII[e] Obs. — Femme, quatre-vingt-quatre ans, constitution forte, active. 12 janvier, contrariétés. Stupeur, coma, décubitus dorsal; collapsus des membres, qui se meuvent quand on les pince; respiration stertoreuse, écume à la bouche; pouls petit, irrégulier.

([1]) Louis Odier, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, 1806, t. II, p. 393, et *Medico-Chirurgical Transactions*, 1815, t. VII, p. 211.

([2]) Forget, *Gazette médicale*, 1838, p. 758.

13, loquacité, fréquence du pouls, chaleur à la peau, injection des pommettes, aridité de la langue. 14, délire bruyant, efforts pour quitter le lit, agitation, vociférations; yeux hagards, hébétés. 18, marche possible. Parotide droite douloureuse, un point de suppuration s'y forme; amélioration. Convalescence, gaieté; mais vague dans les paroles. 22 février, chute, contusion de la région temporale droite; stupeur, cris aigus, agitation, douleur dans la tête et dans le bras gauche; insomnie; déjections involontaires, odeur infecte. 28, faiblesse extrême, face altérée, parotide de nouveau tuméfiée. Mort. — Injection des vaisseaux cérébraux. Méninges rouges, épaissies, adhérant à une espèce de coagulum qui, dit Rostan, est fréquente dans les arachnitis de longue durée. Cerveau sain. Un peu de sérosité dans les ventricules. Cicatrice d'un ancien foyer dans le lobe postérieur droit. Beaucoup de pus lie de vin épanché entre les muscles abdominaux. Pus infiltré dans la parotide ([1]).

4e Variété. — **Méningite de la convexité, avec production du pus.**

Ces faits sont partagés en deux séries, selon le lieu spécialement occupé par la matière purulente, laquelle peut être renfermée dans la cavité de l'arachnoïde ou être infiltrée sous cette membrane dans le tissu de la pie-mère.

Première série ou sous-variété. — *Pus contenu dans la cavité de l'arachnoïde.*

CXLIIIe Obs. — Garçon, quatre mois, vigoureux. 11 août, fièvre, assoupissement, cris, agitation, dilatation des pupilles; pouls petit, 80. Convulsion pendant trente-deux heures. Mort le quatrième jour. — Pus dans la cavité de l'arachnoïde, concrété sous la forme de fausse membrane. Cerveau œdémateux. Petite quantité de sérosité dans les ventricules. Rien à la base. Pas de granulations, pas de tubercules pulmonaires bronchiques ([2]).

CXLIVe Obs. — Enfant mâle, huit mois, faible, lymphatique, vacciné à cinq mois. A sept, la tête augmente de volume. 28 octobre, convulsions générales pendant cinq minutes, toutes les heures ou toutes les deux heures. Fièvre, peau brûlante. Dyspnée, cris, strabisme, yeux dirigés en haut, pupilles contractées. Pouls, 120. Respiration, 84. Hémiplégie gauche. Mort le quatrième jour. — Fontanelles ouvertes, os du crâne assez épais. Infiltration gélatiniforme

([1]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 308.

([2]) Rilliet, *Archives*, 4e série, 1847, t. XIII, p. 37.

épaisse dans la pie-mère, qui se détache aisément du cerveau sur l'hémisphère gauche. Pus liquide, pus concret et fausses membranes sur l'hémisphère droit, à la surface de l'arachnoïde, et non dans la pie-mère, qui est à peine injectée. Cerveau pâle. Dans les ventricules, 120 grammes de sérosité. Voûte et septum ramollis. Pas d'inflammation à la base. Rien à la moelle. Ni tubercules ni granulations nulle part (1).

CXLV° Obs. — Fille, trois ans, ayant eu la rougeole; toux, maigreur; pas de vomissement. Janvier, céphalalgie, fièvre; mouvements convulsifs de la face, tremblement de la tête, mâchoires serrées. Rigidité du bras droit, contracture des doigts; perte de la parole, insensibilité. Décès le vingtième jour. — Sur l'hémisphère gauche, exsudation purulente à la surface de l'arachnoïde; quelques adhérences des membranes entre elles et au cerveau. Dans les autres points, arachnoïde transparente, saine, et pie-mère très injectée. Ni ramollissement ni épanchement. Tubercules pulmonaires (2).

CXLVI° Obs. — Garçon, neuf ans, forte constitution. 11 octobre, céphalalgie, fièvre. Vomissement bilieux, constipation. Coma, agitation, strabisme, roideur du tronc, soubresauts des tendons. Dilatation des pupilles, perte de l'intelligence. Pouls petit, inégal, très fréquent; respiration, 50. Résolution des membres supérieurs. Mort soixante-douze heures après le début. — Sinus gorgés de sang. Pus jaunâtre, bien lié, dans la grande cavité de l'arachnoïde, sur la moitié antérieure de l'hémisphère gauche. Pas de fausse membrane, pas de pus sur l'hémisphère droit. Sous l'arachnoïde, matière plastique jaunâtre qui suit les veines cérébrales de la convexité. Méninges saines à la base. Ventricules vides. Pas de tubercules (3).

CXLVII° Obs. — Fille, quatorze ans, forte, réglée depuis trois ans. Rougeole, puis bronchite capillaire. 4 juillet, douleur dans l'oreille gauche, céphalalgie. Agitation, insomnie, cris, mouvements convulsifs. Vomissements, diarrhée. Fièvre intense. Pouls 128-124. Réponses lentes, tête brûlante, selles involontaires. Ventre douloureux, gargouillement à la fosse iliaque droite. Bourdonnements d'oreilles. Coma. Roideur générale, soubresauts des tendons, quelques paroles inintelligibles. Sueur abondante, carphologie; mouvements convulsifs du visage; pouls inégal, 140. Tache méningitique très rapidement apparente. Légères convulsions. Mort le dixième jour. — De chaque côté de la grande scissure, arachnoïde épaissie, lactescente, opaque.

(1) Rilliet, *Archives*, 4e série, 1847, t. XIII, p. 32.
(2) Berton, *Maladies des Enfants*, 13e obs., p. 85.
(3) Rilliet, *Archives*, 4e série, 1847, t. XIII, p. 42.

Larges plaques constituées par du pus concret, déposé sur la surface libre de l'arachnoïde viscérale. Même état sur les deux faces internes des hémisphères, sur la convexité et le long des scissures de Sylvius. Rien à la base. Nulle adhérence avec la substance cérébrale, purulente à la surface inférieure du cervelet, qui est légèrement ramollie. Ni granulations ni épanchement; quelques tubercules dans le poumon droit et dans les ganglions bronchiques ([1]).

CXLVIII[e] Obs. — Jeune homme, seize ans, de très haute taille. Décembre, affaiblissement de la vue, strabisme, dilatation des pupilles, diplopie, céphalalgie; pouls naturel, constipation, épistaxis; convulsions avec écume à la bouche; coma et stertor, dissipés par une saignée de la temporale; mais revenant vingt-quatre heures après. Puis, état d'agitation avec envie de battre ou de mordre, et paroles bruyantes. Pouls fréquent. La plaie artérielle s'étant réouverte, du sang ayant coulé à plusieurs reprises, les convulsions se sont reproduites. Vue affaiblie, idées confuses, appétit vorace, débilité générale; mais possibilité de marcher, de comprendre, de parler. Assoupissement; mouvements spasmodiques des muscles de la face, qui est rouge et gonflée, surtout à gauche. Mort dans de violentes convulsions, après deux mois de maladie. — Vaisseaux cérébraux très injectés. Sur le lobe antérieur gauche, légère effusion de sang. Peu de sérosité dans les ventricules, encéphale ferme. Taches purulentes nombreuses sur les hémisphères, le long du sinus longitudinal supérieur ([2]).

CXLIX[e] Obs. — Homme, dix-neuf ans. Céphalalgie, hébétude, fièvre, affaissement, dilatation des pupilles, faiblesse; puis paralysie du côté droit, parole difficile. Pas de coma. Mort le treizième jour. — Rougeur et inflammation de l'arachnoïde sur l'hémisphère gauche du cerveau. Arachnoïde tapissée, sur toute cette partie, de pus formant une couche concrète; il est réuni en foyer, dans la cavité de l'arachnoïde, vers la fosse pariétale gauche. Le cerveau y est déprimé ([3]).

CL[e] Obs. — Femme jeune, nourrice et menstruée. Après un voyage fatigant, en février, céphalalgie intense, fièvre aiguë. Tristesse, sans délire. Saignée du pied, sang promptement coagulé. Mort le troisième jour. — Face interne de la voûte du crâne d'un brun-rougeâtre. Sur le cerveau, matière jaunâtre, épaisse, d'aspect purulent ([4]).

([1]) Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, n° 105, p. 67.
([2]) Bruce, *Medico-chirurgical Transactions*. London, 1818, t. IX, p. 280.
([3]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 316, 61[e] obs.
([4]) Morgagni, Epist. 1[a], n° 12.

CLI^e Obs. — Soldat, vingt-un ans, lymphatique. Fatigues, privations, faiblesse extrême, céphalalgie atroce, frissons, tremblements, nausées. Troisième jour (14 février), la céphalalgie occupe le front et le côté gauche de la tête. Visage animé; yeux rouges, brillants, irritables; langue sèche et blanche, pouls dur et fréquent, respiration rare et profonde, peau brûlante, mouvements continuels des membres. Délire; cependant réponses assez justes, brèves et sèches. 16, agitation, délire plus intense, cris déchirants; parfois calme, affaissement. Mouvements convulsifs de la face; déglutition gênée, bruyante; respiration profonde, singultueuse; carphologie. 17, pâleur; yeux ternes, agités de mouvements convulsifs, tournés en haut; tête renversée en arrière, spasme des muscles du cou, délire taciturne, respiration convulsive, coma, mort. — Arachnoïde rouge, enflammée, épaissie sur l'hémisphère gauche, avec exsudation séro-purulente. Le feuillet pariétal offre une teinte rosée. Vaisseaux engorgés. Cerveau ferme et sain. Deux onces de sérosité jaunâtre dans les ventricules [1].

CLII^e Obs. — Sapeur-pompier, vingt-deux ans. 26 juillet, inappétence, bouche mauvaise, soif, fièvre, céphalalgie; amélioration. 7 août, réponses presque nulles, immobilité, résolution et insensibilité des membres gauches, sensibilité et motilité des droits. 8, coma. 9, diminution de la paralysie et du coma. 10, contracture du bras droit. 12, accès épileptiformes. 22, cessation de la contracture, de la paralysie, des convulsions. Retour de la connaissance, mais gémissements sourds, tendance à l'immobilité, réponses brèves, pleurs, pouls faible, langue un peu rouge à la pointe, parole facile, et amélioration. 28, agitation, semi-coma. Mort le 29. — Sérosité purulente blanche-verdâtre sous la dure-mère, sur la partie antérieure des hémisphères, 200 grammes à droite, 60 à gauche [2].

CLIII^e Obs. — Homme, vingt-quatre ans, lymphatique. Travaux de cabinet, hémorrhoïdes; passion vive, concentrée; tristesse; rougeur érysipélateuse au visage, hémorrhoïdes fluentes supprimées. 17 février, frisson, céphalalgie, chaleur, sueur, douleur pongitive à l'hypocondre droit, dyspnée. Deuxième jour, décubitus dorsal, fièvre, sensibilité, urines rares et rouges. Troisième jour, œil droit enflammé; le soir, délire, agitation, réponses vagues, pouls vif et fréquent, sueur abondante. Mort dans la nuit. — Ventricules remplis de sérosité sanguinolente. Méninges d'un rouge vif. A la région

[1] Biett, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, n° 73, p. 6.

[2] Casimir Broussais, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1840, t. V, p. 564. — *Mémoires de Médecine militaire*, 1840, t. XLIX, p. 186.

temporale droite, traces d'une vive inflammation. Le scalpel y enlève une couche d'exsudation purulente (1).

CLIV° Obs. — Homme, vingt-huit ans, robuste, lymphatique. Affections morales, tristesse, apathie; pâleur, teinte jaunâtre-violacée des pommettes, bouffissure de la face; yeux saillants, humides, ternes. Au bout d'un mois, perte de connaissance, insensibilité, pupilles dilatées; roideur, immobilité, carphologie, mains dans la pronation forcée, coma, pouls naturel, crocidisme, cécité, difficulté pour boire, sueur visqueuse. Mort au bout de trente heures. — Sous la dure-mère, sur l'hémisphère droit, quatre onces de sérosité lactescente et floconneuse. Arachnoïde de deux à quatre lignes d'épaisseur, unie, lisse, injectée et couverte d'une suppuration épaisse, comme couenneuse; à gauche, même état, mais moindre (2).

CLV° Obs. — Femme, trente-cinq ans. 8 mars, face rouge, peau chaude et sèche; langue sèche et couverte d'un enduit épais, noirâtre; dents fuligineuses, soif, coucher en supination, évacuations liquides; pouls petit, fréquent, 120, dépressible; vomissements, frissons, céphalalgie. 9, délire, mussitation, évacuations involontaires, pouls 112. Le 10, stupeur; hémiplégie droite, surtout du membre supérieur, avec rigidité; pupille gauche dilatée, plus que la droite. Mort le 11. — Effusion copieuse de pus dans la cavité de l'arachnoïde, sur l'hémisphère gauche du cerveau, limitée par des adhérences et formant comme un foyer. Sérosité sur la surface de l'hémisphère, jusqu'à la faux et aux scissures de Sylvius (3).

CLVI° Obs. — Homme, quarante-deux ans, ivrogne, aliéné depuis un an. Délire, agitation excessive, embarras de la parole; station assez solide, éblouissements, insomnie; diarrhée, marasme. Mort.— Deux verres de sérosité purulente dans l'arachnoïde; on en détache des flocons albumineux. Épaississement, opacité, injection des membranes cérébrales sur la convexité des hémisphères (4).

CLVII° Obs. — Pharmacien militaire, quarante-six ans, ayant beaucoup souffert dans la retraite de Moscou, en 1812. Épilepsie, aberration de la mémoire et du jugement. Céphalalgie, insomnie, sueur la nuit. Douleurs au côté gauche de l'abdomen. Appétit vorace. La dernière attaque d'épilepsie se prolonge pendant vingt-quatre heures. Pupilles fort dilatées, bouche pleine d'écume, dents serrées, membres roides. Mort le lendemain. — Embonpoint conservé.

(1) Bordot, *Revue médicale*, 1824, t. IV, p. 101.
(2) Gaultier, *Journal général*, 1811, t. XLII, p. 384.
(3) Todd, *Clinical Lectures*, 1861, p. 746.
(4) Parchappe, *Traité de la Folie*, p. 177, obs. 190.

Méninges enflammées, couvertes d'une couche épaisse de pus bien élaboré. Sérosité dans les ventricules ([1]).

CLVIII[e] Obs. — Femme, soixante-quatre ans, rachitique. A cinquante-cinq ans, apoplexie du côté gauche. 16 février, étourdissement, chute sans perte de connaissance, suivie d'hémiplégie gauche; peau chaude, humide; pouls fort et fréquent, respiration plaintive; face violacée, bouche déviée à droite; sillon naso-facial gauche effacé. Pupille droite très large. Céphalalgie. Parole gênée. Écoulement involontaire de salive. Pointe de la langue à droite. Soif. Nausées. 23, sphincters relâchés, face altérée, bouche écumeuse; dents fuligineuses, haleine fétide, douleurs dans la poitrine; pouls développé, fort; vésicule gangréneuse sur le dos du pied gauche. Pétéchies aux jambes. Mort le 27, sans que la raison ait été altérée.— Feuillet pariétal de l'arachnoïde recouvert par une couche purulente d'une ligne d'épaisseur. Arachnoïde viscérale intacte. Vaisseaux de la pie-mère très injectés. Ventricules pleins de sérosité ([2]).

Deuxième Série ou Sous Variété. — *Pus infiltré sous l'arachnoïde et dans le tissu de la pie-mère.*

CLIX[e] Obs. — Fille, un an, toux, irritation des voies digestives. Convulsions générales, yeux immobiles, respiration pénible, râlante; pouls petit, intermittent; lèvres bleuâtres. Mort rapide. — Couche de pus entre l'arachnoïde et la pie-mère. Substance corticale injectée, brunâtre. Sérosité copieuse dans les ventricules ([3]).

CLX[e] Obs. — Fille, dix-huit mois, diarrhée, vomissements; abdomen tuméfié, douloureux. Quatrième jour, la diarrhée cesse, les vomissements persistent. Face grippée, pâle; pouls petit, assoupissement, indifférence, tête chaude. Coma, perte de connaissance. Convulsions. Mort le cinquième jour. — Pie-mère très injectée à la convexité; traînées pseudo-membraneuses jaunes; pus dans les anfractuotités. Invagination de l'intestin grêle, avec entérite, sans ulcération. Il n'y a de tubercules nulle part ([4]).

CLXI[e] Obs. — Fille, huit ans et demi, forte constitution. En octobre, invasion subite, céphalalgie, agitation, constipation, délire; mouvements convulsifs, trismus; opisthotonos, stertor. Mort le

([1]) Damiron, dans Broussais, *Phlegmasies chroniques*, t. II, p. 415.

([2]) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 316. — Bourse, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1821, n° 180, p. 26.

([3]) Schwartz, *Annales rhéno-westphaliennes*, 1825. (*Bulletin des Sciences médicales* de Férussac, t. VI, p. 138.)

([4]) Hahn, *De la Méningite tuberculeuse*. Paris, 1853, p. 7.

sixième jour. — Sur les deux hémisphères, pus jaunâtre, infiltré sous l'arachnoïde. Méninges très épaissies, injectées, consistantes, Fausse membrane couenneuse entre les deux feuillets séreux, établissant quelques adhérences (¹).

CLXIIᵉ Obs. — Fille, neuf ans, scrofules, bronchite; exercice violent, fatigue. Céphalalgie, diarrhée, cris perçants, pupilles dilatées, insomnie; agitation, délire; tremblements des muscles du visage. Troisième jour, coma, pouls très fréquent, convulsions. Mort. — Os du crâne rouges; dure-mère adhérente aux os. Dans l'arachnoïde, sérosité trouble. Sur le feuillet pariétal, vis à vis le lobe moyen droit, plaque de pus jaune, liquide. Sous le feuillet viscéral, large concrétion pseudo-membraneuse, et pus liquide s'enfonçant dans les anfractuosités; pas de lésion à la base. Point de tubercules cérébraux, mais tubercule dans un poumon et un autre dans un ganglion bronchique (²).

CLXIIIᵉ Obs. — Garçon, douze ans, fièvre, céphalalgie, nausées, vomissement; douleurs épigastriques, toux sèche; langue rouge, soif intense, constipation. Assoupissement, plaintes, intellect libre. Pupilles dilatées, peu mobiles; yeux divergents, dirigés en haut; convulsions, grincements de dents, tête renversée en arrière ; pouls inégal, fréquent. Mort le cinquième jour. — Couche épaisse de pus sous l'arachnoïde de la convexité, pénétrant dans les anfractuosités (³).

CLXIVᵉ Obs. — Garçon, dix-sept ans; céphalalgie, affaiblissement du membre inférieur droit. 24 juillet, face pâle, légérement bouffie; sens, intellect et parole libres. Membre supérieur droit pesant; sensibilité intacte aux deux membres. Pouls irrégulier, non fréquent. Respiration haute, inégale. Le soir, coma. 25, retour de l'intelligence, céphalalgie intense, hémiplégie droite plus prononcée. Pouls, 80; vomissement. Le soir, assoupissement. 27, yeux ouverts, immobiles, insensibles; ouïe et parole nulles. 28, pouls fréquent. 29, mouvements convulsifs des yeux et de la face; sens, intelligence rétablis. 31, coma, râle. Mort. — Pie-mère de la convexité infiltrée d'une couche de pus épaisse. Plusieurs circonvolutions sont rouges, sans altération de consistance. Tubercules pulmonaires (⁴).

CLXVᵉ Obs. — Conscrit, vigoureux, marches forcées, tristesse. 24 mars, céphalalgie, station et mouvements impossibles. 26, face

(¹) Senn, *Recherches sur la Méningite des Enfants*. Paris, 1825, 1ʳᵉ obs., p. 1.
(²) Hahn, *De la Méningite tuberculeuse*, obs. 8, p. 43.
(³) (Service de Jadelot, mai 1816.) Deslandes, Thèse, obs. VIII, p. 19.
(⁴) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 42.

rouge; yeux saillants, injectés; regard fixe; lèvres sèches, langue aride, blanche; respiration haute et rare. Pouls fréquent, roide; peau sèche. Agitation; propos incohérents, chants. 28, larmes involontaires; mouvements continuels de la mâchoire inférieure; constipation; respiration profonde, rare, entrecoupée; pouls vibrant, tendu; peau sèche, carphologie. 29, coma, stertor. Mort. — Inflammation très prolongée de l'arachnoïde sur le lobe antérieur droit du cerveau. Épanchement séro-purulent entre cette membrane et la pie-mère, et pénétrant entre les circonvolutions (1).

CLXVIe Obs. — Homme, vingt-quatre ans, céphalalgie intense, yeux égarés, réponses brèves, agitation; pouls 60, peau très chaude, mouvements spasmodiques des bras, carphologie. Diminution de la sensibilité, assoupissement, coma. Résolution générale, stertor; pouls fréquent, très petit. Mort le onzième jour. — Sérosité abondante dans l'arachnoïde. Méninges très injectées à la convexité et dans les anfractuosités avec granulations purulentes. Ramollissement de la surface corticale (2).

CLXVIIe Obs. — Homme, ivrogne; aphonie. Mort en deux jours. — Sérosité gélatiniforme sous la pie-mère, et, de plus, sanie blanche, inodore, étendue sur les lobes antérieurs du cerveau, qui paraissait sain (3).

CLXVIIIe Obs. — Homme, trente-six ans, attaque de goutte, douleur du pied diminuée; céphalalgie, parole difficile, pouls naturel, délire; cris, agitation; pas de coma. Mort le dix-huitième jour. — Sur les hémisphères cérébraux et cérébelleux, arachnoïde épaissie, opaque, avec infiltration purulente sous cette membrane. Sérosité dans les ventricules latéraux (4).

CLXIXe Obs. — Femme, trente-huit ans; anxiété, céphalalgie, délire; mouvements convulsifs, respiration stertoreuse, suspirieuse; pouls lent, plein; crampes dans les doigts, soubresauts des tendons, pupille droite contractée, la gauche dilatée; strabisme externe, yeux dirigés en haut, coma. — Sur les hémisphères, l'arachnoïde est opaque, épaisse, dense, d'aspect laiteux. Couche épaisse de pus dans la pie-mère (5).

CLXXe Obs. — Homme, cinquante-six ans, excès alcooliques, symptômes de pleuro-pneumonie; puis céphalalgie, délire; mouve-

(1) Biett, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814 no 73, p. 19.
(2) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 319.
(3) Morgagni, Epist. V, no 11.
(4) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 103, obs. 15.
(5) *Idem, ibidem*, p. 84, 7e obs.

ments convulsifs des mâchoires, coma; grincements des dents. — Vaisseaux cérébraux très engorgés. Entre la pie-mère et l'arachnoïde, épanchement séro-purulent, s'étendant sur les hémisphères cérébraux et sur le cervelet, non à la base (1).

CLXXI° Obs. — Homme, soixante ans, attaque d'apoplexie. Imbécilité, mais possibilité de travailler. Trois mois après, nouvelle congestion, coma, yeux insensibles. Respiration bruyante, avant-bras fléchis; pouls irrégulier, faible; langue sèche, pupilles dilatées; mouvements convulsifs. Mort le troisième jour. — Arachnoïde opaque, épaissie. Couche gélatino-albumineuse entre elle et la pie-mère. Pus le long des vaisseaux veineux (2).

CLXXII° Obs. — Homme, soixante-six ans, mélancolie, céphalalgie; puis agitation. Pouls petit, irrégulier; face pâle; yeux sensibles à la lumière, vomissements acides; perte de connaissance, pupilles resserrées, immobiles. Mort le lendemain. — Dure-mère injectée. Couche de pus concret sous l'arachnoïde, sur l'hémisphère droit. Hémisphère gauche injecté. Sérosité dans le ventricule droit (3).

5e Variété. — Méningite de la convexité du cerveau, avec formation de fausses membranes dans la cavité de l'arachnoïde.

La connaissance exacte de cette variété n'a pris date dans la science que dans ces dernières années.

On s'était habitué à regarder le feuillet pariétal de l'arachnoïde comme apte à s'enflammer, à s'épaissir, à se détacher de la dure-mère. En 1839, M. Durand-Fardel montrait à la Société anatomique un fragment de dure-mère, à la face interne duquel se voyait une membrane jaunâtre, mollasse, parcourue par des vaisseaux et peu adhérente. Il n'hésita pas à considérer cette membrane comme étant l'arachnoïde elle-même, et personne ne combattit cette idée (4). J'avais souvent vu sur la face interne de la dure-mère une lamelle membraneuse qu'il m'avait été possible de soulever, et j'avais cru que c'était bien réellement le feuillet pariétal de l'arachnoïde rendu très manifeste par

(1) Chardel, *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XI, p. 404.
(2) (Service de Récamier.) Deslandes, Thèse, p. 13, obs. 5.
(3) Guibert, *Journal général*, 1827, t. XL, p. 36.
(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 1839, p. 258.

l'inflammation. Je présentai à l'Académie de Médecine, en 1843, un fait qui me paraissait être pleinement dans cette condition. Je commettais une erreur. De nouvelles études dans les occasions qui s'offrirent à moi rectifièrent bientôt mes idées. Plusieurs fois, alors que je m'y attendais le moins, je trouvai la face interne de la dure-mère tapissée, tantôt par une sorte d'enduit, tantôt par une lame membraneuse, mince et à des degrés variés de consistance et d'organisation. L'analogie de ces fausses membranes avec celles que la plèvre présente si souvent était facile à saisir. Ainsi, dans plusieurs nécropsies d'individus atteints de pellagre, je vis des fausses membranes méningées, et j'en ai fait mention en traitant de cette maladie (t. V, p. 691).

Ce n'est pas que l'existence des fausses membranes qui se forment dans la cavité de l'arachnoïde n'ait été reconnue que dans ces dernières années; elle a, au contraire, été entrevue depuis longtemps.

Kau-Boerhaave, ouvrant le corps d'un orfèvre mort à la suite d'un refroidissement, trouva le cerveau enflammé, et du côté droit, sur la face concave de la dure-mère, une membrane ténue, mais résistante, adhérente, que l'on pouvait cependant détacher. Ce savant médecin se demande si c'est une lame interne de la dure-mère, ou bien une membrane de formation nouvelle et contre nature [1].

En maintes occasions, on put renouveler des observations analogues, et souvent on assigna aux membranes intra-arachnoïdiennes leur véritable caractère. Les faits qui vont bientôt être exposés, et qui sont dus à J.-P. Frank, à Pinel, à Biett, à M. Andral, etc., feront voir que déjà on avait des idées exactes sur ce genre de production. Il est vrai que le plus souvent, dans ces cas, la fausse membrane était épaisse et dense, et facile à distinguer des feuillets séreux voisins; mais même, dès l'année 1829, des recherches particulières,

[1] Abraham Kau Boerhaave, *Observationes anatomicæ. Novi Commentarii Academiæ Scientiarum imperialis Petropolitanæ*, t. I, ad ann. 1747-1748. Petropoli, 1750, p. 353. (*Comment. de Rebus gestis, etc.*, t. I, p. 232.)

qui commençaient à se répandre, auraient pu prévenir les erreurs. Ainsi, Reynaud assurait avoir vu souvent sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde une couche pseudo-membraneuse mince, lisse, facile à enlever, sans trace d'organisation, ou parcourue par de très petits vaisseaux sanguins, l'autre feuillet étant sain [1].

Aujourd'hui, toute incertitude a disparu; les observations se sont multipliées; on a pu suivre la production de cette matière organisable depuis son origine jusqu'à ses dernières transformations.

Cette membrane nouvelle, ou néo-membrane, n'est d'abord qu'une sorte de vernis dû à la condensation de la lymphe coagulable ou plastique; puis c'est une lame distincte, mince, assez consistante, pour pouvoir être détachée; ensuite, on y reconnaît des traces d'organisation, un commencement de vascularité; ses vaisseaux deviennent de plus en plus larges; elle-même s'épaissit, se compose de lames ou feuillets distincts, entre lesquels peuvent se déposer de la sérosité, du sang ou d'autres matières; en un mot, cette néo-membrane constitue un véritable organe né dans des circonstances fâcheuses, puisqu'elles sont pathologiques, mais imitant les procédés d'une évolution normale.

Ces productions offrent de nombreuses différences par leurs rapports avec les parties voisines, par leur étendue, par les degrés de leur organisation, par la nature des fluides qu'elles peuvent fournir. Elles sont simples ou lamelleuses, circonscrites ou largement déployées et formant de vastes poches; elles sont libres d'adhérences, ou unies aux surfaces voisines, etc.

Suffit-il de donner cette indication sommaire? ou est-il, dans l'état actuel de la science, nécessaire d'entrer dans plus de détails, d'interroger les faits, de les classer, d'examiner leurs analogies respectives? Je crois cette étude indispensable; en outre, elle aidera aussi à éclairer l'histoire

[1] Thèses de Paris, 1829, n° 128. *Propositions d'Anatomie pathologique*, p. 10.

anatomo-pathologique de l'une des maladies les plus graves de l'appareil nerveux, la paralysie générale, presque aussi souvent liée à la méningite chronique de la convexité qu'à la méningo-encéphalite.

Je distribue les faits qui se rattachent à cette étude dans les cinq séries suivantes : 1° pseudo-membranes simples et libres d'adhérence à leurs deux surfaces ; 2° pseudo-membranes simples adhérentes aux deux feuillets de l'arachnoïde ; 3° pseudo-membranes simples accolées au feuillet viscéral de l'arachnoïde ; 4° pseudo-membranes simples ou lamelleuses accolées au feuillet pariétal de l'arachnoïde ; 5° pseudo-membranes doubles appliquées par leur feuillet externe contre la dure-mère, par leur feuillet interne sur l'arachnoïde viscérale, et formant des kystes qui contiennent du sang, de la sérosité ou d'autres matières.

Première Série. — *Pseudo-membranes simples, sans adhérences à leurs deux surfaces.*

CLXXIII° Obs. — Bottier, quarante-un ans, laborieux, misérable, aliéné. Érythème du pied gauche par insolation ; exaltation, sensations obtuses, marche facile, face congestionnée, cris, mouvements violents, évacuations involontaires, céphalalgie frontale, diarrhée. Mort. — Dans l'arachnoïde, deux ou trois onces de sérosité roussâtre et une fausse membrane blanche, molle, mince, transparente, et sans adhérence aux parois de cette cavité. Elle recouvre les lobes antérieurs du cerveau (¹).

CLXXIV° Obs. — Homme, quarante-trois ans. Phthisie ; douleur à la tempe gauche, s'irradiant vers les régions pariétale et orbitaire. 26 mai, œdème des paupières et des joues. 28, délire, agitation. Mort le 29. — Sur la convexité de l'hémisphère gauche du cerveau, l'arachnoïde est recouverte par une fausse membrane blanchâtre, molle, non organisée, peu étendue et simplement apposée, sans adhérence ; en d'autres points, il y a comme des gouttelettes de pus blanc et épais. Tubercules pulmonaires et spléniques (²).

CLXXV° Obs. — Limonadier, quarante-six ans, vigoureux ; aliéné, orgueilleux ; embarras de la prononciation, démence, paralysie des

(¹) Lelut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 2.
(²) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 29.

membres inférieurs, sens et sensibilité obtus. Mort au bout d'un an et demi. — Dans l'arachnoïde est une fausse membrane grisâtre, de trois lignes d'épaisseur, qui n'adhère ni au feuillet pariétal, ni au feuillet cérébral (1).

CLXXVI° Obs. — Femme, soixante-quatre ans, maigre, intellect peu développé. Depuis l'âge critique, tremblement général. 19 février, pommettes colorées; voix faible, tremblante; yeux brillants, pupilles dilatées, fièvre. Décubitus dorsal. Quand le tronc est redressé, la tête tremble et les membres supérieurs s'agitent convulsivement. Délire la nuit, loquacité; pas de douleur; émission involontaire des urines. Mort le 24. — Sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde. Pas d'altération du feuillet pariétal. Sur le feuillet viscéral sont étendues, sans y adhérer, des fausses membranes qui recouvrent la partie antérieure et moyenne des hémisphères cérébraux; elles sont rosées, demi-transparentes, et parsemées de petits caillots de sang déposés dans leur épaisseur (2).

Deuxième Série. — *Pseudo-membranes simples adhérentes aux deux feuillets de l'arachnoïde.*

CLXXVII° Obs. — Homme. Démence, urines et selles involontaires; pas de paralysie, mais convulsions, surtout du côté gauche. — Fausse membrane étendue sur l'hémisphère droit et contre la faux; elle adhère à la dure-mère et à l'arachnoïde, mais peut en être détachée; elle est très vasculaire, de texture ferme, et de l'épaisseur de trois feuilles de papier. Arachnoïde vasculaire et épaisse, soulevée par beaucoup de fluide gélatineux. Sérosité dans les ventricules (3).

CLXXVIII° Obs. — Coutelier, trente-trois ans, aliéné. Paralysie générale. — Fausse membrane jaunâtre, étendue sur les deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit et adhérant aux deux feuillets de l'arachnoïde, surtout le long de la faux, où elle est plus épaisse. Deuxième fausse membrane, moins épaisse et moins large, sur l'hémisphère gauche, adhérant aussi le long de la grande scissure. Pie-mère injectée se séparant facilement de la substance cérébrale. Arachnoïde offrant sur le trajet des vaisseaux une teinte grisâtre opaline. Sérosité dans les ventricules (4).

CLXXIX° Obs. — Homme, quarante-un ans. Hémoptysie, épilepsie,

(1) Calmeil, *Paralysie des Aliénés*, p. 165.

(2) Gueneau de Mussy. (*Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 286, — et Lancereaux, *Archives*, 1862, 5e série, t. XX, p. 543.)

(3) Powell, *Medical Transactions*, t. V, p. 207.

(4) Archambault, dans Hecquet, Thèses de la Faculté de Paris, 1849, n° 173, p. 68.

coma et insensibilité, stertor, taches pétéchiales. Mort. — Sur les deux hémisphères, fausse membrane couleur de rouille pâle, très adhérente à la dure-mère et à l'arachnoïde. Sang noir dans l'arachnoïde, dans la pie-mère, au côté externe de l'hémisphère droit. L'examen microscopique montre la texture fibreuse de cette fausse membrane, mais ne peut y découvrir aucun vaisseau sanguin ([1]).

CLXXXe Obs. — Homme, quarante-trois ans, paralysie générale. — Sérosité sous la dure-mère. Sur la convexité des hémisphères, fausse membrane bleuâtre, très épaisse et résistante, adhérant à la dure-mère et à l'arachnoïde, au niveau des granulations de Pacchioni, qui sont hypertrophiées. En avant et en arrière, elle est mince et constituée par une trame celluleuse, organisée, offrant des capillaires variqueux; quelques-uns sont rompus. Il y a là de petites taches rougeâtres ou des caillots. Ces vaisseaux ont une structure rudimentaire qui dénote leur origine récente. Très peu de granulations graisseuses sur leurs parois. Méninges épaissies, infiltrées, adhérant à la substance corticale. Sérosité dans les ventricules, dont la membrane interne est épaisse et résistante, et parsemée de nombreuses granulations ([2]).

CLXXXIe Obs. — Femme, quatre-vingt-deux ans, étourdissements, maux de tête, diarrhée, agitation; affaissement, réponses lentes; tronc incliné à gauche, paupières fermées, pouls lent. Respiration pénible. Pâleur de la face, lividité du front, faiblesse, fréquence, irrégularité du pouls; bruits du cœur sourds et tumultueux. Sang non couenneux. Résolution et insensibilité plus prononcée aux membres gauches. Perte de connaissance; déglutition des liquides impossible. Joue gauche soulevée par l'air expiré, respiration bruyante. Mort le sixième jour. — Cavité de l'arachnoïde occupée par une pseudo-membrane qui adhère aux deux feuillets, surtout au feuillet pariétal, par de petits tractus, dont quelques-uns paraissent de nature vasculaire. Cette fausse membrane est molle, mince, jaunâtre, parsemée de nombreuses taches d'un rouge vif, c'est à dire de petits caillots renfermés dans son tissu. Ces taches sont arrondies ou irrégulières, et comme déchiquetées sur leurs bords ([3]).

Troisième Série. — *Pseudo-membranes simples accolées au feuillet viscéral de l'arachnoïde.*

CLXXXIIe Obs. — Enfant mâle, quinze mois. Octobre, vomissements, assoupissement; pupilles dilatées, peu mobiles. Regard fixe,

([1]) John Ogle, *Archives of Medicine*, 1859, t. I, p. 281.
([2]) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 57.
([3]) Lancereaux, *Archives*, 6e série, 1863, t. I, p. 39.

décubitus en supination, tête renversée en arrière, exécutant des mouvements de rotation. Fièvre vive. Cris hydrocéphaliques, carphologie. Dix-septième jour, tumeur indolente derrière la branche gauche de la mâchoire. Amélioration. Exposition à l'air humide et froid. Vomissements, diarrhée. Œdème des extrémités inférieures. Assoupissement. L'abcès donne quatre cuillerées de pus blanc et consistant. Mort le vingt-septième jour. — Arachnoïde présentant des points épaissis et recouverte d'une couche membraniforme. Sérosité limpide dans la pie-mère et dans le ventricule gauche ([1]).

CLXXXIIIe Obs. — Soldat, trente-huit ans, robuste. 17 février, douleur violente au sommet de la tête, vomissements, bouche amère, teint jaune. Quatrième jour, réponses brèves, vivacité dans les idées, constipation, urines rares, pouls dur et fréquent. Chaleur âcre de la peau. Respiration haute, entrecoupée. Délire, agitation violente. Cinquième jour, face rouge, tuméfiée, humide; extrême mobilité des traits; pouls fort, résistant; respiration suspirieuse. Pupilles immobiles, mouvements convulsifs des membres supérieurs. Langue sèche et brune. Coma, stertor. Mort dans la nuit. — Arachnoïde sur la partie antérieure et supérieure des deux hémisphères, opaque, épaisse, rougeâtre, et, sur le droit, avec fausse membrane. Sérosité dans le ventricule droit. Foie volumineux ([2]).

CLXXXIV[e] Obs. — Homme, quarante ans, bilioso-sanguin. Avril, épistaxis, délire, guérison. Récidives dans le mois d'avril des deux années suivantes. Écarts de régime; vomissements, mouvements convulsifs de la face et des membres. Délire, agitation extrême, loquacité; face animée, yeux brillants, injectés; pupilles très rétrécies, pouls petit et très fréquent. Mort le septième jour. — Rougeur foncée, uniforme, de l'arachnoïde, principalement sur le cerveau, avec épaississement et fausse membrane; arachnoïde séparée de la pie-mère très enflammée par une exsudation sanguinolente. Sérosité dans les ventricules. Hépatisation du poumon gauche ([3]).

CLXXXV[e] Obs. — Homme, quarante-cinq ans, colère. Fièvre, céphalalgie, délire, trismus; déviation de la bouche et des yeux à droite; rigidité du bras droit. Mort le septième jour. — Point d'épanchement dans les ventricules; inflammation et épaississement de l'arachnoïde sur les deux hémisphères, où elle est recouverte en un point d'une fausse membrane mince ([4]).

([1]) Bricheteau, *Journal Complémentaire*, 1821, t. XI, p. 327.
([2]) Biett, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, n° 73, p. 9.
([3]) Buet, *Journal Complémentaire*, 1829, t. XXXIII, p. 84.
([4]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 98, 12[e] obs.

CLXXXVI^e Obs. — Homme, cinquante-deux ans, hémiplégie droite ancienne. Juin, embarras de la parole, affaiblissement physique et moral. Septembre, convulsions du côté droit, sortes de secousses électriques; contracture du côté gauche. Sensibilité abolie à droite, un peu confuse à gauche. Parole nulle, agitation; pouls fort, 98. Mort en octobre. — Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, dont la surface viscérale, est tapissée plus à gauche qu'à droite par une fausse membrane bien organisée, renfermant plusieurs caillots. Arachnoïde et pie-mère épaissies, opaques, infiltrées de sérosité et non adhérentes à la surface cérébrale, qui est élastique, pâle et ferme (1).

CLXXXVII^e Obs. — Homme, cinquante-trois ans, manie à la suite d'émotion violente. Accès interrompu brusquement par la mort. — Sérosité dans l'arachnoïde, qui est tapissée par une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur jaunâtre, sur laquelle se voient des plaques d'un sang noirâtre, d'une teinte moins foncée sur les bords. En devant, la pseudo-membrane est tellement mince, qu'elle se confond avec l'arachnoïde (2).

CLXXXVIII^e Obs. — Homme, soixante-deux ans, esprit cultivé, excès de femmes et de vin. Démence, agitation, paralysie de la langue; jambes immobiles, bras très faibles, sensibilité presque éteinte. — Deux onces de sérosité sanguinolente dans l'arachnoïde, épaissie et tapissée à droite par une production membraniforme. Pie-mère infiltrée et très vasculaire (3).

CLXXXIX^e Obs. — Femme, soixante-dix ans, apathique; grand effroi, insomnie, hallucinations, extravagances; manie aiguë, face rouge, agitation, cris; yeux hagards, chutes fréquentes; parole réduite à quelques mots incohérents; alternatives de coma et d'agitation. — Sinus longitunial gorgés de sang. Surface supérieure des deux hémisphères tapissée par une fausse membrane à divers degrés d'organisation, en quelques points, mince, incolore, transparente, plus ou moins résistante; en d'autres, rouge, pointée de sang, et parsemée de petits foyers hémorrhagiques formant des kystes ou de simples îlots de sang. Cerveau consistant (4).

Quatrième Série. — *Pseudo-membranes simples ou lamelleuses accolées au feuillet pariétal de l'arachnoïde.*

CXC^e Obs. — Fille, douze ans, rougeole, teigne. Avril, convulsions, yeux renversés, pupilles dilatées, salive écumeuse. Mâchoires

(1) Lisle, *Gazette médicale*, 1838, p. 34.
(2) Aubanel, *Annales psychologiques*, 1843, t. II, p. 77.
(3) Calmeil, *Paralysie des Aliénés*, p. 155.
(4) Aubanel, *Annales psychologiques*, 1843, t. II, p. 220.

serrées. Nausées, vomissements, stomatite; pouls fréquent. Mort en juillet. — Face interne de la dure-mère tapissée par des fausses membranes épaisses et résistantes. Infiltration sous-arachnoïdienne gélatiniforme. Sérosité dans les ventricules, dont l'arachnoïde est épaissie et ferme ([1]).

CXCI^e Obs. — Femme, trente-ans, enceinte de six mois. Céphalalgie, vomituritions fréquentes de bile verte. Pas de délire. Accouchement prématuré; persistance des vomissements. Mort. — Trois lombrics dans l'estomac. Dure-mère enflammée vers les pariétaux, recouverte en dedans d'une fausse membrane très rouge; pie-mère infiltrée de sérosité purulente. Cerveau peu consistant ([2]).

CXCII^e Obs. — Homme, trente-six ans, excès alcooliques; céphalalgie frontale, fourmillements des extrémités, faiblesse des membres inférieurs, paralysie générale, etc. — Beaucoup de sérosité sous la dure-mère, dont la face interne est tapissée du côté droit par une fausse membrane rougeâtre, très ténue et très adhérente. Méninges épaissies, blanchâtres ([3]).

CXCIII^e Obs. — Homme, trente-six ans; démence, évacuations involontaires, embarras de la parole, marche vacillante; assoupissement. — Épanchement séreux dans l'arachnoïde. Pseudo-membrane adhérente au feuillet qui tapisse la dure-mère. Épaississement de l'arachnoïde, infiltration séro-sanguinolente de la pie-mère. Consistance de la substance blanche augmentée. Sérosité dans les ventricules. Artères de la base cartilagineuses ([4]).

CXCIV^e Obs. — Femme, trente-huit ans, pâle et maigre; phthisie, maladie des voies urinaires. — La face interne de la dure-mère des deux côtés couverte d'une couche de fibrine récente et molle, qui lui adhère, mais peut en être séparée, et forme une membrane diaphane et assez consistante. Arachnoïde opaque et épaisse; pie-mère infiltrée de sérosité. Le microscope montre dans la pseudo-membrane une apparence fibrillaire, des granules graisseux, de la matière amorphe, albumineuse, mais point de vaisseaux sanguins ni de débris de globules ([5]).

CXCV^e Obs. — Militaire, quarante ans. Démence semi-paralytique; grincements des dents, flexion spasmodique des membres inférieurs. — Fausse membrane très molle, rougeâtre, épaisse, sur

([1]) Berton, *Maladies des Enfants*, p. 62.
([2]) J. P. Frank, *Interpretationes clinicæ*. Tubingæ, 1812, p. 158.
([3]) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 69.
([4]) Parchappe, *Traité de la Folie*, obs. 272, p. 304.
([5]) John W. Ogle, *Archives of Medicine*, t. I, p. 282.

la face interne de la moitié gauche de la dure-mère; mince, arachniforme, mais rouge vers la région temporale. Elle ne paraît pas encore organisée. Feuillet cérébral de l'arachnoïde grisâtre, opaque, épais, résistant. Pie-mère rouge, injectée, infiltrée. Sérosité dans les ventricules, dont la membrane est épaisse, couverte de granulations sensibles au toucher (1).

CXCVIe Obs. — Homme, quarante ans. Excès de toutes sortes, paralysie générale, évacuations involontaires. — Sérosité sous la dure-mère, dont la face interne est tapissée, à droite, par une fausse membrane épaisse, rougeâtre, vasculaire, bien organisée et très adhérente. Sérosité dans les ventricules (2).

CXCVIIe Obs. — Homme, quarante-deux ans. Aliéné, démence complète, paralysie générale. — Face interne de la dure-mère tapissée par une pseudo-membrane, épaisse de 4 millimètres, très adhérente, dure et résistante, de couleur rougeâtre, parsemée de plaques grisâtres et jaunâtres, recouvrant toute la convexité; elle ne contient pas de vaisseaux. L'arachnoïde adhère fortement à la pie-mère, qui est épaissie. Substance cérébrale de consistance normale (3).

CXCVIIIe Obs. — Ferdinand Lebon, âgé de quarante-deux ans, né à Vitry (Seine), garçon d'écurie, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, avait eu quelques accès de fièvre intermittente combattus avec succès par le sulfate de quinine, lorsque, le 4 novembre 1842, il fit une chute dans laquelle la tête, chargée d'un sac d'avoine, alla heurter contre les marches d'un escalier. Le crâne n'offrit aucune lésion; mais peu de jours après il survint des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, une céphalalgie intense et de la fièvre. On pratiqua une saignée du bras. Le 12 novembre, Ferdinand Lebon entra à l'hôpital Saint-André, et fut placé dans le service de la clinique interne. Il n'avait pas alors de fièvre, son pouls était même un peu lent; céphalalgie intense, soif, anorexie, constipation. (Tisane de chiendent, eau de veau, lavement miellé, deux ventouses scarifiées à la nuque, cataplasmes sinapisés aux pieds.) Le soir, la céphalalgie persiste, le pouls est devenu fréquent. Le 13, tête moins douloureuse, un peu de sommeil, pouls presque normal. 14, insomnie pendant la nuit, somnolence dans la journée, céphalalgie, constipation. (Dix sangsues derrière les oreilles.) Le 15, moins d'assoupissement, pouls calme, pupilles dans l'état naturel. La céphalalgie continue. Le malade

(1) Bayle, *Maladies du cerveau*. Paris, 1826, p. 290.

(2) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 67.

(3) Archambault, dans Hecquet, Thèses de Paris, 1849, n° 173, p. 69.

cherche à s'enfoncer dans son lit et à se couvrir la tête avec le drap. Le 16, léger assoupissement; pas de céphalalgie, yeux entr'ouverts, pouls un peu fréquent. (Valériane en poudre, 2 grammes; calomel, 1 gramme, à donner en cinq doses; évacuations alvines abondantes.) Le 17, assoupissement plus profond que la veille, yeux fermés. Le malade ne répond pas aux questions. Sa respiration est gênée, accompagnée d'un léger râle muqueux. Langue rouge à la pointe et sur les bords. (Séton à la nuque.) Le soir, l'assoupissement est le même; les pupilles sont resserrées, le pouls fréquent sans être développé; il y a de la céphalalgie. Quatre évacuations alvines ont eu lieu. Le 18, les symptômes de la veille ont diminué; le pouls est petit, 76. Du 19 au 23, l'état du malade semble s'améliorer. Le 24, l'assoupissement reparaît; le pouls est fréquent, les pommettes sont colorées. (Six sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds, tisane, diète.) Le 25, la face est moins rouge, les yeux sont fermés; ils ne s'ouvrent que d'une manière spasmodique et après plusieurs contractions du palpébral. Pupilles resserrées, ouïe obtuse. La langue n'est montrée qu'avec peine, respiration un peu gênée. A chaque expiration, l'air soulève et distend l'une des joues, et sort par la bouche qu'il entr'ouvre. Pouls toujours petit et fréquent. Abdomen déprimé. Les urines coulent involontairement. (Applications froides sur la tête, vésicatoires aux jambes.) 26, légère amélioration, mais évacuations alvines et urinaires involontaires. 27, un peu de délire. Pouls gauche petit, fréquent; pouls droit assez développé. Appétit, soif, langue couverte d'un enduit blanchâtre. 28, assoupissement, décubitus sur le côté droit; pouls petit, irrégulier, intermittent; face pâle, peu de céphalalgie. Dans la soirée, pouls 96, intermittent; pupille gauche dilatée, la droite contractée; céphalalgie par intervalles. Le malade s'exprime assez bien. Selles abondantes et liquides. 29, pouls moins faible, mais fréquent; léger délire, propos incohérents. Point de douleur ni de chaleur à la tête, mais sentiment de pesanteur dans cette partie. 30, décubitus sur le côté droit, sans sommeil; disposition à l'immobilité, moins de délire. Le malade s'occupe davantage des objets qui l'entourent; il a des pressentiments sinistres. Du 1er décembre au 13 janvier, pouls toujours petit, fréquent et parfois irrégulier. La mémoire est assez bien conservée; le délire a presque disparu, l'intelligence semble rétablie; mais il y a un sentiment douloureux dans les membres, de la soif, de l'appétit. La diarrhée a cessé. Il s'est formé sur la région sacrée une eschare large et profonde, dont la chute est suivie d'une suppuration abondante. Le malade, exténué, meurt avec toute sa connaissance, le 13 janvier.

Nécropsie. — Marasme porté au dernier degré. A la partie posté-

rieure du bassin, ulcération ovalaire de 8 centimètres de largeur, ayant mis le sacrum à nu. La surface de cet os est noirâtre, un peu ramollie; les parties environnantes sont grisâtres, infiltrées de matière purulente. Excoriations superficielles au niveau des quatre dernières vertèbres dorsales. La dure-mère est saine. Le feuillet externe ou pariétal de l'arachnoïde est recouvert par une fausse membrane, qui s'en détache avec assez de facilité, et fait supposer que c'est le feuillet arachnoïdien lui-même qui se sépare de la dure-mère. Cette fausse membrane s'étend du front à l'occiput, et n'a de chaque côté d'autres limites que la ligne de démarcation de la voûte et de la base du crâne. Elle a de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Sa couleur est rouge, avec une teinte un peu brunâtre, et dans quelques points jaune-verdâtre, comme si du pus s'était interposé dans les mailles de son tissu. Sa consistance est analogue à celle d'une muqueuse un peu ramollie. A la base du crâne, sur la faux du cerveau, sur la tente du cervelet, il n'y a aucune production analogue. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est parfaitement sain. Il en est de même de la pie-mère, dont les vaisseaux sont à peine injectés. La substance cérébrale est d'une consistance ordinaire. Il y a un peu d'engorgement vasculaire de la toile choroïdienne. On trouve quelques grammes de sérosité dans le ventricule latéral gauche. Il existe, à la partie postérieure et inférieure du poumon droit, un foyer purulent qui s'étend le long du rachis jusqu'au diaphragme. L'estomac présente à sa petite courbure, près du cardia, une plaque épaisse, à surface mamelonnée et rougeâtre, à texture grisâtre et ferme. Foie volumineux. Les autres organes sains.

CXCIX° Obs. — Femme, quarante-trois ans, embarras de la parole, tremblement des lèvres, roideur des membres, délire ambitieux. Pupilles un peu dilatées. Embonpoint, congestions. Marche peu solide; pouls 72. Affaissement subit. Mort. — Dure-mère très vasculaire, tapissée dans les fosses occipitales par une couche de lymphe plastique mêlée de sang; à la voûte du crâne, à droite, par une couche de blastème de date plus ancienne, de couleur rouillée et de consistance plus grande. On peut détacher des lambeaux membraneux très minces. En certains endroits, on brise de petits tractus. Près du sinus longitudinal, cette néo-membrane peut se diviser en deux lames. Granulations de Pacchioni très developpées. Poumons tuberculeux. Dégénérescence graisseuse du foie. L'examen microscopique des néo-membranes a montré des globules sanguins décolorés, de nombreux noyaux embryo-plastiques et des corps fusiformes; peu de granules d'hématosine et de cellules épithéliales; de la matière amorphe; pas de vaisseaux, excepté en un point où

l'organisation commençante a montré deux capillaires remplis de sang (1).

CCe Obs. — Homme, quarante-trois ans, ivrogne. Delirium tremens. Paralysie générale. — A la face interne de la dure-mère, à gauche, arborisation très fine, tache de sang noir et couche pseudo-membraneuse molle, transparente, jaunâtre, munie d'un réseau vasculaire. Elle est formée d'un exsudat presque amorphe, de noyaux ovales et allongés, de cellules plasmatiques et de fibrilles connectives. Méninges épaisses. Épendyme ventriculaire épais et finement granulé. Artères de la base athéromateuses (2).

CCIe Obs. — Homme, quarante-quatre ans, excès alcooliques, syphilis? etc. Aliénation mentale, paralysie générale. — Face interne de la dure-mère tapissée par une néo-membrane épaisse, marquée de taches rougeâtres. A droite, elle est rudimentaire et semblable à une toile d'araignée. Sérosité dans les ventricules. Méninges épaissies, injectées, etc. (3).

CCIIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans; démence, paralysie générale; scorbut, dévoiement. — Feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissé par une fausse membrane mince, formée de lambeaux friables et non organisés, analogues à de la colle de poisson fondue. Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Infiltration séreuse de la pie-mère, qui n'adhère point au cerveau. Cet organe est lourd, dense. Substance corticale très amincie. Dureté du cervelet et de la moelle allongée (4).

CCIIIe Obs. — Femme, quarante-cinq ans; perte de mémoire, irascibilité, insomnie. Aliénation mentale, dyspnée, fièvre; teinte livide de la face, œdème des jambes. A la face interne de la dure-mère du côté droit, adhère intimement une membrane très mince, colorée, friable, contenant un réseau capillaire très riche et finement injecté. Le microscope y montre un commencement d'organisation cellulaire et une grande quantité de capillaires à structure rudimentaire, larges, remplis de globules rouges peu altérés. Méninges opaques, épaisses, injectées, adhérentes à la substance corticale. Artères cérébrales athéromateuses. Épendyme épaissi. Hypertrophie du cœur, avec orifices rétrécis (5).

CCIVe Obs. — Soldat, quarante-sept ans, chagrin, aliénation men-

(1) D. Brunet, *Gazette médicale*, 1864, p. 50.
(2) *Idem, ibidem*, p. 66.
(3) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 66.
(4) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 5.
(5) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 47.

tale; marche chancelante, parole traînante, stupidité; aphonie, obésité. — Sous la dure-mère, douze onces de sérosité sanguinolente. Feuillet pariétal de l'arachnoïde très injecté et tapissé par une fausse membrane rougeâtre, ténue en quelques endroits, épaisse en d'autres, et se détachant facilement. Le feuillet cérébral offre de très petits caillots de sang; il est épais, résistant. Pie-mère rouge, injectée. Ventricules latéraux pleins de serosité ([1]).

CCV° Obs. — Homme, quarante-huit ans, esprit faible, irascible. Tremblement général et mouvements convulsifs, parole presque incompréhensible. Délire, sensibilité diminuée, fièvre, résolution et immobilité des membres, insensibilité. Peau de la face marbrée de rouge et de jaune. — Sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux. Infiltration séreuse de la pie-mère. Fausse membrane appliquée contre le feuillet pariétal, sans organisation apparente. Cerveau ferme; substance grise très pâle, blanche fort injectée, marbrée de rouge ([2]).

CCVI° Obs. — Fontainier, quarante-neuf ans, ivrogne. Dispute, chute sur la tête. Mort au bout de quelques heures. — Indépendamment d'une fracture de la base du crâne et d'un épanchement de sang, on trouve à la face interne de la dure-mère une pseudo-membrane mince et transparente, facile à détacher, laissant la surface de la dure-mère lisse et à peu près normale. Le microscope y montre une matière amorphe, fibroïde; des faisceaux de tissu conjonctif; quelques éléments fusiformes, des vaisseaux et de nombreux grains d'hématosine ([3]).

CCVII° Obs. — Ancien professeur, cinquante-un ans; paralysie générale, convulsions épileptiformes, pupilles inégalement dilatées. — Crâne déprimé vis à vis le lobe antérieur droit. Dure-mère injectée, et recouverte à sa face inférieure par une fausse membrane rougeâtre, peu épaisse, se laissant facilement déchirer. Sa structure est encore rudimentaire; on n'y trouve que quelques faisceaux de fibres connectives, beaucoup de granulations et de cellules plasmatiques dans un stroma presque amorphe, parsemé de capillaires en voie de formation. Méninges épaissies, opaques, jaunâtres ([4]).

CCVIII° Obs. — Officier supérieur, soixante-six ans, caractère emporté, excès alcooliques. Tristesse, manie ambitieuse, embarras de la langue, agitation. — Sérosité dans l'arachnoïde. Faux du cer-

([1]) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 132.
([2]) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 1.
([3]) Lancereaux, *Archives*, 1863, 6e série, t. I, p. 59.
([4]) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 59.

veau tapissée par une pseudo-membrane rougeâtre, vasculaire, épaisse, résistante. Sur la convexité des hémisphères, arachnoïde épaisse, opaque, blanche. Pie-mère injectée, infiltrée. Ventricules pleins de sérosité, et leur membrane interne épaisse et hérissée de petites granulations (1).

CCIXe Obs. — Femme, soixante-dix ans, sentiment de faiblesse depuis quinze jours. Inappétence, mouvements irréguliers; coma, immobilité, insensibilité, stertor. Langue brune et sèche; pupilles resserrées, surtout la gauche. Contracture du bras droit; pouls fréquent et faible. Mort le lendemain. — Couenne inflammatoire recouvrant l'hémisphère gauche, grisâtre, de plus d'une ligne d'épaisseur, d'un tissu serré, mais vasculaire. Elle adhère légèrement à l'arachnoïde crânienne, et point à l'hémisphère cérébral, sur lequel elle était appliquée. L'arachnoïde qui revêt le cerveau est opaque et épaisse en plusieurs points. Pie-mère infiltrée. Deux onces d'un liquide incolore et limpide dans les ventricules (2).

CCXe Obs. — Homme, soixante-treize ans, robuste, ivrogne. Manie aiguë, pupilles contractées, tremblement convulsif des membres supérieurs, des lèvres et de la langue. Coma, fièvre, stertor. — Un peu de sérosité sanguinolente sous la dure-mère, dont la face interne est très injectée par plaques, et d'où on peut détacher une couche pseudo-membraneuse très mince et rougeâtre. Cette couche est presque amorphe. On y trouve quelques fines granulations et beaucoup de noyaux allongés, ovales. Pas de structure fibreuse, mais beaucoup de globules sanguins peu déformés, ainsi que du pigment sanguin. Dégénérescence athéromateuse des artères cérébrales. Foie gras, large; ossification dans le centre du diaphragme (3).

CCXIe Obs. — Homme, trente-six ans, paralysie générale. Depuis huit mois, contracture du bras gauche. — Cavité de l'arachnoïde contenant sur l'hémisphère gauche quelques cuillerées de sérosité trouble, et, du côté droit, sur le feuillet pariétal, une néo-membrane très étendue, facilement séparée de la séreuse, constituée par des fibres résistantes et solides, parcourue par des vaisseaux nombreux et larges, et formant deux lames, entre lesquelles sont des caillots sanguins. Autour, les deux lames n'en font qu'une (4).

CCXIIe Obs. — Teinturier, quarante-un ans; démence, faiblesse musculaire. — Vaisseaux de la dure-mère engorgés. Adhérences

(1) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 257.
(2) Pinel, *Nosographie philosophique*, t. II, p. 405.
(3) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 41.
(4) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 588.

filamenteuses entre les deux feuillets de l'arachnoïde à gauche. Fausse membrane mince appliquée sur le feuillet pariétal; elle peut s'en détacher; elle a deux lames en avant et est couverte de petits points rouges (1).

CCXIII° Obs. — Homme, quarante-deux ans, excès alcooliques, folie, paralysie générale. — Sérosité limpide sous la dure-mère, dont la face interne est tapissée par une fausse membrane résistante, mollement adhérente, sillonnée par quelques vaisseaux remplis de sang noirâtre et parsemée de petites plaques de sang (2).

CCXIV° Obs. — Homme, quarante-deux ans, paralysie générale datant d'un an. — Face interne de la dure-mère du côté gauche recouverte par une fausse membrane, mollement adhérente, parsemée de petites taches ecchymotiques et constituée par du tissu conjonctif et des capillaires sanguins. Du côté droit, mêmes apparences, mais structure moins avancée. Méninges opaques, épaissies (3).

CCXV° Obs. — Homme, quarante-cinq ans, vagabondage, ivrognerie; paralysie générale. — Côté droit du crâne plus saillant que le gauche. Sous la dure-mère, à droite et en avant, fausse membrane lui adhérant mollement et sans adhérence à l'arachnoïde viscérale. Elle est épaisse en plusieurs endroits, comme lardacée et parsemée de bosselures, répondant à deux petites collections de sang à peine coagulé ou à des caillots décolorés. La néo-membrane est composée de tissu conjonctif, de vaisseaux, dans les parois desquels se voient déjà beaucoup de globules graisseux. Méninges épaissies, opaques, adhérentes à la substance grise. Sérosité dans les ventricules (4).

CCXVI° Obs. — Femme, quarante-cinq ans, relieuse. En mai, elle perd connaissance sur la voie publique, est considérée comme atteinte de chorée alcoolique. Septembre, nouvelle attaque avec perte de connaissance et chute. Somnolence, stupeur. Pupilles dilatées. Impossible de montrer la langue et de parler. Membres gauches à demi-fléchis, contracturés et peu sensibles. Peau chaude, pouls 80-90, dur; respiration haute, suspirieuse; convulsions des membres, du cou et de la face. Engouement pulmonaire, coma. — Sous la dure-mère, à droite, vaste épanchement de sang coagulé et facilement détaché. Il recouvre une membrane couleur jaune-brun, maculée de taches et de stries sanguines, ayant, en quelques points, un millimètre d'épaisseur. Elle est composée de quatre ou cinq

(1) Archambault, dans Hecquet, Thèses de Paris, 1849, n° 178, p. 67.
(2) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 768, p. 63.
(3) *Idem, ibidem*, p. 61.
(4) *Idem. ibidem*, p. 81.

lamelles assez distinctes. La plus externe paraît simplement accolée à la dure-mère. Cependant, on ne peut la détacher sans tirailler et déchirer de nombreux et fins tractus, qui paraissent constitués par des ramifications vasculaires. La lamelle la plus interne se confond avec une couche mince de fibrine renfermant les éléments du sang et ayant une couleur acajou. A gauche de la faux, la dure-mère est tapissée par une membrane semblable, mais plus mince et plus transparente. Elle est jaune, plus ou moins pointillée. Les néo-membranes, étudiées au microscope, ont présenté, dans les points rouges, des vaisseaux distincts, ramifiés, à parois très minces, constituées par deux tuniques. Du côté de l'épanchement, ils ont des parois très graisseuses. La trame fondamentale offre un tissu conjonctif à faisceaux fibrillaires rectilignes ou contournés; une substance granuleuse amorphe et des noyaux elliptiques, des éléments fusiformes embryo-plastiques, des granulations d'hématosine et des cristaux rouges et allongés, prismatiques, à quatre pans; de plus, des cristaux de carbonate de chaux et des amas de pigment noir (1).

CCXVII° Obs. — Homme, quarante-six ans. Stupidité, tremblement, paralysie générale. — Un peu de sérosité dans l'arachnoïde. Dure-mère tapissée par une fausse membrane, en quelques points de consistance presque cartilagineuse, lisse, lubréfiée par de la sérosité, de couleur brun-rougeâtre, et avec quelques plaques noirâtres. Sa surface externe adhère peu à la dure-mère dans les endroits où elle est épaisse, mais beaucoup là où elle est mince. Arachnoïde viscérale épaissie, résistante, opaque et blanchâtre. Pie-mère infiltrée, adhérente au cerveau. Sérosité et granulations dans les ventricules (2).

CCXVIII° Obs. — Homme, cinquante-deux ans. Abus des spiritueux; delirium tremens, puis délire chronique, insomnie, agitation par intervalles; vagabondage, récits mensongers, tremblement léger des membres supérieurs; congestion cérébrale; ni hésitation de la parole, ni contracture, ni paralysie. 17 juillet, coma, stertor, pouls à 76, sensibilité non éteinte. Mort dans la nuit. — Peu d'adhérence des méninges aux circonvolutions cérébrales; de chaque côté du sinus longitudinal, poches oblongues, noirâtres, remplies incomplètement de sang et de caillots. La paroi supérieure est formée par le feuillet pariétal de l'arachnoïde. La néo-membrane est lamelleuse, d'aspect fibrineux; sa surface interne est lisse, veloutée (3).

CCXIX° Obs. — Femme, cinquante-huit ans. Gastro-entérite, in-

(1) Charcot et Vulpian, *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 728.
(2) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 278.
(3) Collin, dans Brunet, Thèses de Paris, 1859, n° 84, p. 65.

tellect affaibli, congestions cérébrales répétées; alternatives de délire et de raison; agitation, incohérence, cris perçants, engourdissement. — Épanchement de sang au dessus de la tente du cervelet. Dure-mère de couleur rouge-brune, recouverte par un triple feuillet mince, transparent, contenant dans son épaisseur du sang liquide emprisonné dans des espèces de cellules; le feuillet contigu à la dure-mère lui adhère par un tissu lâche, filamenteux ([1]).

CCXXe Obs. — Femme, soixante-quatre ans. Étourdissements, faiblesse des membres inférieurs, urines rendues involontairement. 24 février, chute sans perte de connaissance; hémiplégie gauche, surtout du membre supérieur; sensibilité intacte, commissure labiale droite tirée en dehors, langue déviée à gauche, yeux brillants, parole embarrassée, céphalalgie. 2 mars, douleurs dans le bras gauche. 6, langue brune, humide; affaissement, intellect obtus. 9, insomnie; pupilles contractées, gémissements, douleur précordiale, sentiment de brûlure dans tout le corps, pouls développé, évacuations involontaires. 12, coma. Mort le lendemain. — Surface interne de la dure-mère tapissée par une fausse membrane, qui contient plusieurs caillots sanguins dans son épaisseur et quelques taches rouillées vers sa périphérie. Son adhérence n'est pas intime; on la sépare aisément. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Quelques circonvolutions ramollies. Beaucoup de sérosité dans les ventricules ([2]).

CCXXIe Obs. — Femme, soixante-six ans, robuste, laborieuse, mère de nombreux enfants. Démence. Il y a dix-huit mois, hémiplégie incomplète, qui a disparu au quatrième mois. Affaissement, céphalalgie, torpeur, anesthésie, contracture des membres supérieurs. — Sous la dure-mère, de chaque côté, 80 grammes de sang. A droite, sa face interne est recouverte par une néo-membrane très mince, fragile, semée de plaques rouges et de petits caillots adhérents. A gauche, traces d'une néo-membrane analogue, et caillot aplati, consistant ([3]).

CCXXIIe Obs. — Homme, soixante-sept ans. Ancienne hémiplégie gauche, récemment coma promptement mortel. — Dure-mère doublée intérieurement d'une néo-membrane de couleur grisâtre, rouillée ou purpurine, selon le degré de vascularité qui la pénètre et son voisinage de l'artère méningée moyenne; elle est composée de plusieurs feuillets. Près du corps strié droit, kyste contenant un fluide séreux trouble ([4]).

([1]) Parchappe, *Traité de la Folie*, 1841, obs. 287, p. 297.
([2]) Guéneau de Mussy. (Lancereaux, *Archives*, 1863, 6e série, t. I, p. 45.)
([3]) Regnard (service de M. Baillarger), *Gazette des Hôpitaux*, 1865, p. 50.
([4]) Lancereaux, *Archives*, 1862, 5e série, t. XX, p. 680.

CCXXIII° Obs. — Ancien soldat, soixante-dix ans. Démence à la suite d'une chute. Symptômes de compression cérébrale. Mort huit jours après. — Fausse membrane tapissant le feuillet pariétal de l'arachnoïde dans toute la convexité; elle est résistante, élastique, épaisse, peu adhérente, jaunâtre, et transparente en quelques points; en d'autres, rosée ou lie de vin foncée. Ses vaisseaux sont nombreux, souvent anastomosés, dilatés en forme d'ampoules (1).

CCXXIV° Obs. — Femme, soixante-douze ans, caractère méchant. Accès de manie, refus des aliments; peau chaude, sèche; pouls 100, pupilles contractées, cris, agitation, coma profond; résolution des membres, puis secousses convulsives; contracture des membres droits, respiration embarrassée. — Beaucoup de sérosité sous la dure-mère, dont la face interne présente à droite des taches rougeâtres, dues à de petites extravasations sanguines, emprisonnées dans une couche pseudo-membraneuse à plusieurs lames superposées; on a pu en compter jusqu'à cinq (2).

CCXXV° Obs. — Femme, soixante-dix-neuf ans. Démence sénile. — Face interne de la dure-mère tapissée par une néo-membrane épaisse d'un à deux millimètres, rougeâtre, parsemée de nombreux vaisseaux et de taches formées par de petits épanchements sanguins. Elle adhère mollement à la dure-mère. A gauche, elle est rudimentaire. Méninges opaques, épaissies, injectées (3).

CCXXVI° Obs. — Femme, quatre-vingt-deux ans. Asthme, étourdissements, maux de tête. 22 août, perte de connaissance, chute; yeux saillants, étonnés; stupeur, nulle réponse; bouche tirée à gauche; bras droit insensible, en résolution; retour de la connaissance et de la parole, de la force des bras et des mains; yeux hagards, souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Lendemain, nouvelle perte de connaissance. Paralysie du sentiment et du mouvement des membres droits; lèvres tirées à gauche, narine droite plus déprimée que l'autre; parole nulle, coma; reflux du sang dans les veines jugulaires à chaque contraction des ventricules. Pouls 72, 16 inspirations. Quelques signes de sensibilité dans les membres droits, surtout à la jambe. Urines involontaires, néanmoins connaissance un peu revenue et quelques mots prononcés; mais bientôt plaintes, coma, résolution des membres. Mort le 18. — Beaucoup de sérosité sous la dure-mère. Sur la face interne de cette membrane, du côté gauche, taches d'un rouge vif, dont quelques-unes offrent sur leurs bords de petites franges vasculaires; une

(1) Galliet, Thèse de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, n° 28, p. 26.

(2) Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 43.

(3) *Idem, ibidem*, p. 65.

légère pression peut y faire cheminer le sang qui y est épanché. Ces taches sont contenues dans une fausse membrane qui se détache assez facilement, et présente alors deux surfaces parfaitement lisses. Arachnoïde viscérale opaque. Pie-mère gorgée de sang. Il y a quelques ossifications dans les artères cérébrales (1).

CCXXVII[e] Obs. — Femme, soixante ans. Janvier, bronchite, convalescence; fièvre, épanchement pleural, palpitations. — A la face interne de la dure-mère, sur quelques points, sont de petits caillots enveloppés de minces lamelles membraneuses; dans d'autres endroits, léger piqueté couleur de rouille. Hydrothorax, lésions du cœur et du péricarde (2).

CCXXVIII[e] Obs. — Homme, trente-sept ans, vie irrégulière, excès. Il y a neuf mois, chute sur la tête; depuis ce temps, céphalalgie fréquente, épistaxis. Vue trouble, attaques épileptiques, urine contenant beaucoup d'albumine. — Une membrane fine, mais très consistante, polie, luisante à sa face interne, adhère fermement par l'autre à la dure-mère. On peut avec quelque soin la diviser en deux ou trois lames, entre lesquelles il y a du sang rouge coagulé. Au microscope, cette membrane n'est pas trouvée revêtue d'épithélium; elle consiste en de nombreuses fibres unies à une substance homogène, dans laquelle beaucoup de noyaux se trouvent, mais où aucun vaisseau sanguin n'est visible. Les taches de sang coagulé montrent sous le microscope un grand nombre d'anciens globules sanguins ridés, mais distincts, mêlés d'un peu de matière fibrillaire. Sous cette fausse membrane, la dure-mère paraît avoir encore son épithélium, mais il est très mince. Les vaisseaux cérébraux sont altérés, d'une couleur jaune, durs et cassants. Os du crâne épais; légère extravasation de sang sous le muscle temporal droit. Beaucoup de dépôts athéromateux dans les parois de l'aorte abdominale. État maladif grave des reins (3).

Cinquième Série. — *Pseudo-membranes doubles, composées d'un feuillet externe appliqué contre la dure-mère, et d'un feuillet interne sur l'arachnoïde viscérale, formant des kystes qui contiennent du sang, ou de la sérosité, ou d'autres matières.*

Dans cette série, il est nécessaire d'établir deux groupes de faits : les uns appartenant à l'enfance, les autres à l'âge

(1) Guéneau de Mussy, dans Lancereaux, *Archives*, 1863, 6e série, t. I, p. 41.
(2) *Idem, ibidem*, 5e série, 1862, t. XX, p. 689.
(3) Ogle, *Transact. of the Pathol. Society of London*, 1854, t. VI, p. 5.

moyen ou à la vieillesse. Un long intervalle, en effet, un espace de plus de trente ans se trouve entre le dernier sujet du premier groupe, et le premier malade du deuxième; d'autres différences seront indiquées.

La première des observations du premier groupe, extrêmement intéressante, aurait pu trouver sa place parmi les anomalies congénitales; mais la production d'une fausse membrane, circonstance très importante de cet état morbide, l'appelle en ce moment.

a. — *Néo-membranes kystiformes de l'enfance.*

CCXXIX° Obs. — Enfant mâle, quatorze mois, bien conformé, yeux bleus, cheveux blonds. Première dentition à huit mois. A un an, succion normale, vomissements, agitation, roideur des membres, fièvre. Formation d'une tumeur globuleuse au côté gauche de la tête, prolongée en arrière, tendue et fluctuante sans altération de la couleur de la peau, transparente à la lumière. Circonférence du crâne augmentée. Fontanelle antérieure très large et fluctuante. Cet enfant est pâle, chétif; il a quatre dents incisives. Vue normale, pupilles dilatées, sensibilité développée. Ponction de la tumeur fournissant une verrée d'un fluide rougeâtre. Tremblement, refroidissement. Pouls 104. Le lendemain, la tumeur a repris son volume. Nouvelle ponction donnant encore une verrée de sérosité plus rougeâtre. Huit ponctions nouvelles, et retour constant de la tumeur. Agitation, cris, mouvements des membres supérieurs; yeux enfoncés dans les orbites, muguet. Mort au commencement du troisième mois. — Peau adhérente au feuillet fibreux de la tumeur. Celle-ci contient 187 grammes de sérosité claire dans une cavité de 8 centimètres sur 10, formée par la face externe du pariétal et de l'occipital, et par le péricrâne épaissi. Une fente d'un décimètre, sinueuse, située dans la direction de la suture sagittale, tracée sur le pariétal gauche, fait communiquer cette cavité avec un autre espace placé entre le pariétal et la dure-mère décollée dans l'étendue de 5 à 6 centimètres; au centre de cette partie décollée, la dure-mère offre une échancrure de 27 millimètres, formée par l'écartement de ses fibres, et communiquant avec la grande cavité de l'arachnoïde. Ces trois cavités sont tapissées par une fausse membrane épaisse, molle, facile à détacher par lambeaux, laquelle s'étend, d'autre part, sur la surface du cerveau et du cervelet jusqu'au grand trou occipital. Cette fausse membrane, entre les deux faces qui se regardent, présente des prolongements qui établissent des points d'adhérence

réciproque. L'arachnoïde elle-même est à l'état normal; cependant, son feuillet interne a un aspect laiteux, surtout près du trou de Bichat et à la base. Point de fausses membranes dans les ventricules, qui ne contiennent pas de sérosité. Cerveau à peu près sain. De tubercules nulle part [1].

CCXXXe Obs. — Garçon, deux ans. Il y a huit mois, pendant huit jours, accidents cérébraux avec fièvre. Depuis, augmentation du volume de la tête, strabisme convergent, pupilles dilatées, vue conservée. Grincements des dents, cris. Mouvements de rotation de la tête sur l'oreiller, ou de balancement si le tronc est redressé. Motilité et sensibilité des membres supérieurs et du tronc intactes, ainsi que la sensibilité des membres inférieurs; mais ceux-ci ne peuvent exécuter aucun mouvement de progression. 16 dents, pneumonie. — 300 gr. de sérosité très rouge dans la cavité de l'arachnoïde, dont la face interne est tapissée par une néo-membrane kystiforme, lisse du côté de l'arachnoïde cérébrale, avec quelques brides, mais sans adhérences, traversée par des troncs veineux se rendant aux sinus. Du côté de la dure-mère, la fausse membrane a contracté des adhérences faciles à détruire. Le kyste s'arrête au niveau des pédoncules du cerveau; ses feuillets s'accolent. Il est mince, rougeâtre, transparent, élastique et assez résistant. Un grand nombre d'arborisations, en forme d'aigrettes très déliées, se remarquent sur sa face cérébrale. Les circonvolutions du cerveau ne sont ni aplaties ni écartées, et ne se laissent pas entamer par les méninges qu'on détache. Substance corticale d'un gris rosé. Substance blanche un peu congestionnée, mais ferme. Pas d'épanchement ventriculaire ni de granulations tuberculeuses dans la pie-mère. Pas de tubercules dans les poumons ni dans les ganglions bronchiques [2].

CCXXXIe Obs. — Fille, deux ans, mauvaise nourriture, diarrhée. A dix mois, contracture des pieds, convulsions, augmentation rapide du volume de la tête, écartement des os, mollesse des fontanelles et le long des sutures. Les convulsions cessent, et reviennent trois mois après, à l'apparition des premières dents. Intelligence obtuse. Maigreur, membres petits, mais droits. Sternum bombé, côtes noueuses. Yeux roulants dans leurs orbites; vue, sensibilité, motilité conservées. Circonférence de la tête, 54 centimètres, et 26 de la bosse nasale à la protubérance occipitale. Forme triangulaire du crâne, voûte aplatie. Suture lambdoïde ossifiée. — La cavité de l'arachnoïde contient un litre de liquide séreux et du sang renfermés

[1] Bufz, *Gazette médicale*, 1841, t. IX, p. 50.
[2] Legendre, *Maladies de l'Enfance*, 1846, p. 150.

dans une fausse membrane jaunâtre et peu résistante qui tapisse la dure-mère, se réfléchit sur la tente du cervelet et revient sur la convexité du cerveau. Il y en a une de chaque côté; elles communiquent près l'extrémité antérieure du sinus droit; elles sont formées de deux ou trois couches. Pas de tubercules (1).

CCXXXIIe Obs. — Fille, deux ans, seize dents; vomissements, rougeole, abcès à une joue, convulsions. Maigreur, faiblesse, érythèmes sur les jambes et le tronc; sorte de sanglot. — 300 grammes de sérosité albumineuse dans l'arachnoïde, qui est tapissée par une pellicule jaunâtre, rouillée, peu adhérente et formant une couche continue sur les feuillets pariétal et viscéral. Peu de liquides dans les ventricules. Atrophie générale et pâleur de l'encéphale. Point de tubercules (2).

CCXXXIIIe Obs. — Enfant, deux ans; à douze mois, convulsions, puis augmentation de la tête; symptômes d'hydrocéphalie. Ponction qui donne issue à 300 grammes d'un liquide contenant de l'albumine et des globules sanguins. Mort le troisième jour. — L'arachnoïde renferme de chaque côté un kyste à parois denses, fibreuses, avec quelques vaisseaux et un commencement d'organisation. Le kyste droit ne donne que de la sérosité sanguinolente, le gauche un liquide couleur chocolat mélangé de caillots (3).

CCXXXIVe Obs.—Garçon, deux ans et demi, mal nourri et faible. 14 janvier, pâleur, maigreur, faim. 15, œdème général, contracture des pieds et des mains, yeux agités de mouvements convulsifs, peau chaude; pouls plein, régulier, 116. 23, roideur tétanique des bras. Mort le 27. — Fontanelle antérieure non ossifiée. 140 grammes de sérosité limpide rougeâtre dans l'arachnoïde, dont la cavité est tapissée par une production membraneuse d'un gris sale, très mince, très molle, pouvant cependant se détacher par lambeaux, et recouverte en quelques points de petits caillots d'un rouge vif. Des pellicules membraneuses enveloppent les veines qui se jettent dans le sinus longitudinal supérieur. Peu de sérosité dans les ventricules. Cerveau ferme (4).

CCXXXVe Obs. — Enfant mâle, trois ans. A un an, convulsions; la tête a grossi. L'enfant n'a ni parlé, ni marché. Station impossible, sensibilité cutanée conservée, fontanelles et sutures non ossifiées, tête volumineuse, intellect obtus; vue conservée, pas de strabisme,

(1) Barthez, *Union médicale*, 1855, p. 275.
(2) Bouchut, *Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 497.
(3) Garnier, *Bulletin de la Société anatomique*, 1859, p. 20.
(4) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, 1846, p. 148.

pupilles contractiles; maigreur, faiblesse, pneumonie. — Cavité de l'arachnoïde tapissée par un kyste, contenant du sang coagulé, en partie rouge, en partie décoloré; parois réunies en bas, et ne formant qu'une membrane mince, rougeâtre, élastique. Circonvolutions non aplaties. Sérosité presque nulle dans les ventricules ([1]).

CCXXXVI° Obs. — Enfant mâle, trois ans. A treize mois, convulsions; les premières dents sortent; la tête grossit. Membres faibles, en résolution; maigreur, strabisme convergent, intellect obtus; fontanelles et sutures ossifiées; pupilles naturelles; dix-huit dents, cris, sensibilité cutanée intacte, ophthalmie, pneumonie. — Kyste de 13 centimètres de long sur l'hémisphère gauche, devenant, en avant et en arrière, une simple membrane, mince, rougeâtre, glissant sur l'arachnoïde viscérale. Ce kyste contient plus d'un verre de sang liquide, trouble, d'un rouge-brunâtre, dans lequel nagent des filaments d'une substance molle, jaune-rougeâtre, fibrineuse. Feuillet pariétal plus épais. Circonvolutions non déprimées. Dans les ventricules latéraux peu de liquide. Pas de tubercules pulmonaires ([2]).

CCXXXVII° Obs. — Enfant mâle, trois ans. Janvier, vomissements, renversement de la tête en arrière, yeux agités de mouvements convulsifs, strabisme convergent, tête volumineuse, fontanelle antérieure ouverte; pouls 110, 140; alternative de pâleur et de rougeur, contracture des pieds et des mains, sensibilité obtuse, tremblements convulsifs, assoupissement; respiration accélérée, 40. — L'arachnoïde contient 150 grammes de sérosité transparente, rougeâtre; elle est tapissée par des productions membraneuses, molles, rougeâtres. Piqueté sanguin sous l'arachnoïde pariétale. Légère infiltration sous-arachnoïdienne. Veines gorgées de sang. Pas de tubercules dans le cerveau qui est consistant. Pas d'épanchement ventriculaire. Ganglions bronchiques tuberculeux ([3]).

CCXXXVIII° Obs. — Fille, six ans. A quatorze mois, convulsions, augmentation du volume de la tête. De dix-huit à vingt-un mois, vomissements, fièvre, cris, coma, convulsions, fluctuation aux fontanelles et aux sutures. A quatre ans, amélioration; l'intellect se développe, le volume de la tête diminue. A six ans, convulsions, membres contracturés, yeux agités de mouvements oscillatoires, strabisme divergent, tache cérébrale ou méningitique assez marquée, cris, gémissements, fièvre, anorexie, rougeole. Mort. — Poumons congestionnés, sans tubercules, ni dans les ganglions bronchiques. Tête: circonférence occipito-frontale, $0^{m}56$. Os épais. Fontanelles

([1]) Legendre, *Maladies de l'Enfance*, p. 152.
([2]) *Idem, ibidem*, p. 154.
([3]) *Idem, ibidem*, p. 145.

et sutures ossifiées, mais minces. Beaucoup de sérosité sous la dure-mère, à laquelle adhère faiblement une fausse membrane; une autre fausse membrane recouvre l'arachnoïde, et y adhère intimement; elle s'étend à toute la surface du cerveau jusque sur la tente du cervelet, où elle est mince. Le long des anfractuosités cérébrales, traînées de matière blanchâtre, gélatineuse, mêlée de sérosité citrine. Substance blanche molle. Les ventricules ne contiennent pas de liquide (1).

b. — *Néo-membranes kystiformes observées chez les adultes.*

CCXXXIXe Obs. — Homme, quarante ans, vigoureux, intempérant. Depuis un an, céphalalgie, assoupissement, incohérence des idées, parole embarrassée; pupilles rétrécies, puis dilatées; bras droit moins mobile que le gauche; pouls ample, lent, 40; vomissements bilieux, coma, sueur générale, face vultueuse; enfin, résolution des membres, stertor, évacuations involontaires. — Vaisseaux de la dure-mère engorgés. Sa face interne, rouge vis à vis les pariétaux et le frontal, adhère étroitement de chaque côté à un kyste rougeâtre, pulpeux, homogène, peu extensible, facile à rompre, qui contient un liquide séreux. Cerveau comprimé, mais sain (2).

CCXLe Obs. — Homme, quarante ans. Démence, paralysie générale. — Trois exostoses de la voûte du crâne faisant saillie en dedans et en dehors. Dans l'arachnoïde, fausse membrane à deux lames : l'externe, lisse, résistante, un peu transparente; l'interne, rouge et molle. Dans l'intérieur, lambeaux flottants et sanie roussâtre. Pas d'adhérence avec l'arachnoïde. Cerveau petit, ferme, pesant (3).

CCXLIe Obs. — Charbonnier, quarante ans. Abus des spiritueux. Douleurs de tête, puis fièvre, délire, rougeur des yeux, stupidité, assoupissement, perte des forces, enfoncement des yeux, petitesse du pouls, eschare au sacrum. — A droite, sous la dure-mère, grand kyste opaque, mais en quelques points pellucide, contenant une humeur sanguinolente. Ventricule latéral gauche plein d'un sérum limpide (4).

CCXLIIe Obs. — Femme, quarante-quatre ans, constitution forte. y a deux ans, frayeur, chagrin; faiblesse et roideur des membres

(1) Moynier (service de Trousseau), dans Savouret, Thèses de Paris, 1853, no 134, obs. 13, p. 46.

(2) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 118.

(3) Lélut, *Gazette médicale*, 1836, t. IV, p. 7.

(4) Folchi, *Exercitationes pathologicæ*, t. II, p. 179.

inférieurs; tremblement des extrémités supérieures, puis roideur des mains; jamais de céphalalgie. Sensibilité augmentée, intellect conservé. — A gauche, sous la dure-mère, poche noirâtre de la largeur de la paume de la main. La lame externe adhère intimement à la dure-mère; l'autre repose sur l'arachnoïde cérébrale. Dans ce kyste est du sang fluide. A droite, plaque analogue, mais petite (1).

CCXLIII^e Obs. — Homme, quarante-huit ans, forte constitution, excès alcooliques; engourdissement des membres inférieurs et des mains. Anesthésie presque complète; le ventre seul reste sensible. Paralysie du côté gauche de la face; délire, stupeur, douleurs dans les membres, sans contracture. Pneumonie. — Os du crâne épais, diploë rempli de bouillie rougeâtre. La surface supérieure de l'hémisphère gauche est recouverte presque complétement par un kyste libre à sa face inférieure, excepté pour le passage des vaisseaux. Cerveau déprimé par ce kyste, qui est vasculaire; de l'air insufflé a pénétré dans ses parois; il contient un coagulum ancien et du sang récemment épanché (2).

CCXLIV^e Obs. — Femme, cinquante ans; depuis un an, accès de céphalalgie, surtout la nuit; quelquefois, avec délire ou coma; parfois, strabisme. Mort subite. — Épanchement séreux dans les ventricules. Kyste blanc, solide, entre les lobes postérieurs du cerveau et la face supérieure du cervelet contenant une matière albumineuse transparente, consistante; à la partie inférieure de ce kyste existe du sang coagulé, mêlé avec la matière albumineuse (3).

CCXLV^e Obs. — Femme, cinquante-huit ans, chorée généralisée. Analgésie. Intellect affaibli. 23 novembre, céphalalgie, assoupissement; hémiplégie droite, stertor; résolution complète, coma. Mort le 26. — Rigidité cadavérique. Sous la dure-mère, à gauche, vaste kyste contenant 110 grammes de sang liquide et un caillot rouge et mou : c'est une néo-membrane faiblement adhérente à la dure-mère, résistante, couverte d'arborisations et d'injections nombreuses. A droite existe une néo-membrane analogue, également dédoublée en forme de kyste, mais sans épanchement (4).

CCXLVI^e Obs. — Cocher, cinquante-trois ans, fort, sanguin. Depuis deux ans, céphalalgie, pertes de connaissance. 17 mai, côté gauche du corps, surtout la face et même la langue, agité par de violentes convulsions; yeux brillants, hagards; pupilles dilatées,

(1) Schutzemberger, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1849, p. 164, 4e obs.
(2) Boudet, *Bulletin de la Société anatomique*, 1841, p. 137.
(3) Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, p. 254.
(4) Regnard (service de Baillarger), *Gazette des Hôpitaux*, 1865, p. 50.

trouble intellectuel; apathie, délire, parole embarrassée, mots incohérents et mal articulés. Urine involontaire. Hémiplégie gauche, avec contracture; coma. Mort le 19. — Légère dépression à la face interne du pariétal droit,, correspondant à une tumeur résistante placée dans l'arachnoïde. Au même lieu, la dure-mère est épaissie. Méninges blanchâtres. Hémisphère droit déprimé. Au centre de la dépression, la substance cérébrale est ramollie et immédiatement accolée à la tumeur à travers les méninges, qui manquent en cet endroit. Cette tumeur elliptique, ayant 0,12 d'avant en arrière et 6 transversalement, est aplatie. Parois dures, épaisses, constituées par un tissu dans lequel s'est déposé en abondance de la matière calcaire. La cavité est tapissée par une fausse membrane. La substance contenue est molle, rouge, grisâtre, inodore, douce au toucher; elle a un aspect grenu. On y trouve un petit caillot rouge (1).

CCXLVIIe Obs. — Ancien député, soixante-deux ans, abus des plaisirs, revers de fortune. Aliénation mentale, démence; paraplégie, grincements des dents, parole et déglutition difficiles. Coma. — Face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde tapissée par une membrane. Un autre produit plus récent recouvre largement le feuillet viscéral sans y adhérer, de sorte qu'on peut détacher cette néo-membrane comme on enlèverait une vaste vessie humide. Son épaisseur est de deux millimètres. Sur l'hémisphère gauche sont trois grandes loges remplies de sang liquide ou coagulé; sur l'hémisphère droit est une pseudo-membrane, qui, en arrière, se dédouble pour former une large cellule d'où l'on peut extraire une certaine quantité de sang noirâtre et liquide. Artères incrustées de matière calcaire (2).

CCXLVIIIe Obs. — Ouvrier dans une manufacture de tabac, soixante-trois ans; depuis longtemps, céphalalgie, vertiges, surtout après l'ingestion des aliments et des boissons. 20 avril, en sortant du cabaret, chute dans un fossé, sans connaissance toute la nuit. Urines involontaires. Maigreur, décubitus dorsal, regard hébété, réponses lentes, incomplètes. Somnolence sans délire. Pupilles non dilatées; pas de déviation des traits. Motilité maintenue aux membres supérieurs, bornée aux inférieurs; sensibilité obtuse; mais les mouvements qu'on imprime sont douloureux, et provoquent de la résistance. Pneumonie. — A gauche, sous la dure-mère très vasculaire, de la largeur de la paume de la main, première lame épaisse de deux millimètres, coriace, résistante, violacée, présentant des points et des plaques rouges, riches en vaisseaux (capillaires à

(1) Lagrange, *Bulletin de la Société anatomique*, 1846, p. 252.
(2) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 567.

parois simples; stroma formé d'éléments cellulaires allongés, peu distincts). Deuxième couche, interne, lamelleuse, molle, de couleur brun-marron. Cerveau sain. (Pneumonie gangréneuse) (¹).

CCXLIXᵉ Obs. — Homme, soixante-cinq ans, parents aliénés; chagrins, manie. Embarras de la langue, abattement, refus d'aliments; amaigrissement, diarrhée. — Quatre onces de sérosité jaunâtre dans la cavité de l'arachnoïde. Face interne de la dure-mère tapissée par une fausse membrane peu adhérente. Face externe du feuillet viscéral de l'arachnoïde recouverte aussi par une fausse membrane mince, transparente, offrant çà et là des caillots de sang dans son épaisseur. Sérosité dans les ventricules (²).

CCLᵉ Obs. — Homme, soixante-cinq ans, perte de fortune, abus des spiritueux. Vertiges, gêne de la parole. Congestion cérébrale, cécité; paralysie générale, démence, mussitation, cris; dysphagie, fièvre hectique. — Cavité arachnoïdienne remplie, sur chaque hémisphère, par une sorte de vessie pseudo-membraneuse remplie de sang liquide. Chaque kyste est à parois épaisses, jaunâtres, organisées, vasculaires, de structure fibro-celluleuse, n'ayant que de faibles adhérences avec le feuillet pariétal, et pouvant être enlevé tout d'une pièce. Ils contiennent chacun 100 grammes de sang liquide. Pie-mère infiltrée, sans adhérence avec les circonvolutions, qui sont lisses, fermes et de couleur violacée. Même teinte dans les corps striés, les couches optiques et les cornes d'Ammon (³).

CCLIᵉ Obs. — Femme, soixante-six ans; céphalalgie, vertiges, étourdissement, intellect obtus. Ni paralysie ni contracture. Urines albumineuses. Coma. Mort rapide. — Face interne de la dure-mère, sur l'hémisphère gauche, tapissée par une néo-membrane épaisse, adhérente, parsemée de points rougeâtres, ecchymotiques, et parcourue de vaisseaux. Feuillet viscéral injecté et sans adhérence avec la fausse membrane. A droite, fausse membrane plus ancienne, plus étendue, avec dédoublement en forme de sac qui contient du sang altéré et un caillot récent. Le feuillet externe est le plus épais; l'interne est transparent (⁴).

CCLIIᵉ Obs. — Bucheron, soixante-neuf ans. 9 mars, céphalalgie, vertiges; chute sans perte de connaissance, possibilité de se relever; éblouissements, bourdonnements d'oreilles, somnolence, décubitus dorsal; physionomie hébétée, indifférente; réponses incomplètes,

(¹) Schutzemberger, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1849, p. 161.
(²) Baillarger, Thèses de Paris, 1837, nº 475, obs. vi, p. 27.
(³) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 579.
(⁴) Lancereaux, *Archives*, 1862, 5ᵉ série, t. XX, p. 545.

mémoire infidèle, sensibilité obtuse. Roideur des membres, motilité égale des deux côtés. Artères superficielles volumineuses, à tuniques résistantes. Urines involontaires, coma. Mort après cinq semaines. — A gauche, fausse membrane violacée, adhérant à la face interne de la dure-mère par des filaments vasculaires, et non à l'arachnoïde, composée de deux lames qui se confondent à la circonférence, et entre lesquelles se trouvent 100 grammes d'un liquide sanguinolent, brun-violet, non coagulé, analogue à du sang dépourvu de fibrine. Parois du kyste lisses à l'extérieur, tomenteuses à l'intérieur. A droite, lésion semblable, mais moins considérable (1).

CCLIII° Obs. — Homme, soixante-dix-sept ans, petit, maigre; abus des spiritueux. Maux de tête, vertiges, étourdissements, marche mal assurée. Chute, décubitus dorsal, langue sèche; pouls peu fréquent, peau peu chaude. Somnolence, contracture des membres, surtout du supérieur gauche. Parole nulle. Évacuations involontaires. Coma, roideur du tronc, fièvre. — Dans l'arachnoïde, sur l'hémisphère droit, tumeur livide, aplatie, adhérant au feuillet pariétal, dont elle se détache aisément, en simple contact avec le feuillet viscéral, contenant un coagulum récent et du sang liquide. Les deux lames du kyste se rapprochent et s'unissent à la périphérie. A gauche, néo-membrane, facile à décoller, ne contenant pas de sang (2).

Résumé des faits relatifs à la méningite de la convexité du cerveau.

I. Ces observations sont au nombre de 167, partagées en cinq variétés :

La première est caractérisée par l'injection, l'opacité, l'épaississement des méninges	9 cas.
La deuxième par une exsudation séreuse	33 —
La troisième par la présence d'une matière gélatiniforme	14 —
La quatrième par celle du pus	30 —
La cinquième par la production de fausses membranes	81 —
	167 —

Cette dernière, à la fois nombreuse et très intéressante à étudier, se subdivise en cinq séries, selon les rapports, l'étendue et les produits de la néo-membrane.

(1) Schutzemberger, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1849, p. 163, 2e obs.
(2) Lancereaux, *Archives*, 1862, 5e série, t. XX, p. 546.

II. 121 individus étaient du sexe masculin et 45 du sexe féminin.

III. Les âges se divisent ainsi :

5	malades	avaient	....	de 5 à 12 mois.
24	—	—	....	de 1 à 10 ans.
11	—	—	....	de 11 à 20 —
16	—	—	....	de 21 à 30 —
25	—	—	....	de 31 à 40 —
35	—	—	....	de 41 à 50 —
18	—	—	....	de 51 à 60 —
21	—	—	....	de 61 à 70 —
5	—	—	....	de 71 à 80 —
3	—	—	....	de 82 à 84 —
163				

On remarquera que deux périodes sont plus abondamment remplies : celle qui comprend les dix premières années et celle qui s'étend de trente à cinquante ans.

IV. Il n'y a rien de spécial quant à la constitution; cependant, on rencontre assez souvent l'annotation de constitution forte et de tempérament sanguin. Parfois, le système nerveux était très excitable et l'intellect assez développé.

V. On regarde comme prédisposant à la méningite de la convexité toutes les stimulations du système nerveux, les travaux de l'esprit trop assidus, les passions vives, les affections morales tristes et persistantes.

VI. On mentionne l'abus des excitants, du tabac (CXVI), et surtout des boissons spiritueuses. Chez environ 30 sujets, cette dernière cause avait agi, et même, chez quelques-uns, on avait observé le delirium tremens, indice d'une saturation alcoolique (CCI, CCXIX, CCXXI).

VII. Les fatigues corporelles, les excès vénériens comptent encore au nombre des causes (CL, CLI, CLXXXIX).

VIII. On y place également la suppression de certaines évacuations, des hémorrhoïdes et surtout des menstrues, la guérison d'un exanthème chronique (CXCI).

IX. L'exposition prolongée de la tête aux rayons du soleil

(cxx) et des chutes sur cette partie paraissent avoir agi comme causes déterminantes.

X. La méningite de la convexité peut être provoquée par une congestion des vaisseaux encéphaliques. Elle accompagne souvent la paralysie générale, et c'est alors plus ordinairement la méningite pseudo-membraneuse. Plus de 30 observations attestent cette corrélation. L'aliénation mentale a précédé les diverses formes de la méningite dont il s'agit; il y en a 25 exemples, surtout parmi les cas d'exsudation séreuse. Quelques sujets étaient épileptiques.

XI. L'érysipèle de la face et du cuir chevelu, la pneumonie, les phlegmasies gastro-intestinales, l'albuminurie, ont aussi quelquefois précédé l'invasion de la méningite de la convexité.

XII. Les phénomènes précurseurs ont eu lieu parfois; ils étaient analogues à ceux de l'espèce précédente.

XIII. L'invasion a été souvent très caractérisée par la fièvre, l'agitation, les convulsions, le délire, une céphalalgie intense. Après ce début, la maladie a continué en suivant une marche aiguë, ou bien elle s'est appaisée et a pris les apparences d'une affection chronique. Dans d'autres circonstances, elle a commencé d'une manière obscure, et elle a continué de même, de telle sorte qu'elle était demeurée presque inaperçue et comme à l'état latent, lorsque la nécropsie en a fait constater la présence et les progrès. Plus souvent, elle s'est accrue en provoquant un enchaînement de phénomènes propres à la faire reconnaître, si ce n'est lorsque des coïncidences graves, comme les vésanies, la paralysie générale, etc., en masquaient la manifestation.

XIV. Voici les symptômes le plus souvent observés :

La *céphalalgie* s'est manifestée surtout dans les premiers temps de la maladie. Elle a été très prononcée dans la première série, moins dans la seconde; elle était intense dans la méningite purulente, chez 21 sujets. Quelquefois, la tête était brûlante.

Chez de très jeunes enfants, le crâne s'est élargi, les sutures

se sont écartées, et la fontanelle antérieure et supérieure restait encore ouverte. C'est ce qu'ont montré le premier groupe de la cinquième série des néo-membranes et deux cas, l'un de la deuxième (XCVI) et l'autre de la quatrième variété (CXLIV).

La face a été pâle ou colorée, ou même bouffie.

Le moral a paru plusieurs fois libre, ainsi que la parole; mais le *délire* a été l'un des plus fréquents et des plus caractéristiques symptômes. C'est lui, en effet, qui a conduit à assimiler cette méningite à la phrénésie; mais il n'est pas constant; on ne le trouve bien manifeste que dans 55 cas. Il est vrai que, dans ce nombre, ne sont pas compris ceux d'aliénation mentale et de paralysie générale préexistantes, qui donnent un chiffre à peu près égal. De sorte que le délire s'est montré d'une façon ou d'une autre chez les deux tiers environ des malades. C'est surtout dans la période d'acuité et dans les premiers temps de la maladie qu'il a été prononcé et bruyant. Dans un cas, il était accompagné d'envie de mordre et de battre (CXLVIII); d'autres fois, les malades étaient simplement agités, se découvraient, voulaient se lever, marcher; ils parlaient beaucoup et haut, ou criaient, s'exaltaient, ou bien ils marmottaient quelques paroles à voix basse. Parfois, leurs plaintes et leurs cris exprimaient la douleur.

La *parole* a été embarrassée dans plusieurs cas, et surtout dans ceux de paralysie générale; mais, en général, elle était assez libre. Cependant un cas a offert une aphasie très marquée; il y avait aussi hémiplégie droite; le malade comprenait assez bien, mais il ne pouvait s'exprimer (CLXXXVI).

Dans la première variété et pendant le commencement ou à la période d'acuité des autres variétés, il y a eu surexcitation des sens (CLXXXVII, CXCIII), insomnie, agitation; mais plus souvent et dans les périodes suivantes, on a observé la *stupeur*, l'*engourdissement*, la *somnolence*, l'*assoupissement*, et à la fin le *coma*.

L'état des *yeux* a été variable. Les pupilles étaient plus souvent dilatées (27) que resserrées (10); les globes oculaires

ont été agités par des roulements convulsifs, ou fixes, tournés en haut, ou atteints de strabisme.

Les *convulsions* générales ou partielles se sont produites surtout chez les enfants, chez les sujets atteints de méningite purulente, et parfois dans les cas de pseudo-membranes; toutefois c'est à peine si, en comptant, on arrive au cinquième des sujets atteints de méningite de la convexité.

Mais d'autres phénomènes spasmodiques ont eu lieu. J'indiquerai les mouvements convulsifs d'un membre, de la face, le rire sardonique (CLXXXVIII, CXCI), les tremblements, les mouvements désordonnés des membres, les soubresauts des tendons, la carphologie, les crampes des doigts (CXLV, CLXIX), l'agitation de la tête, les grincements de dents, le trismus (XCVII, CXLVI, CLXI), l'opisthotonos (CXLVI, CLXI), la roideur du cou ou celle d'un muscle (sterno-mastoïdien, CXI), la contracture d'un membre ou celle des pieds et des mains. Cette série nombreuse de phénomènes, dénotant une lésion grave de l'innervation, se trouve disséminée dans environ 60 observations; c'est bien moins que la moitié. Mais en réunissant ces cas à ceux dans lesquels les convulsions ont été signalées, la moitié est de beaucoup dépassée.

Les cas de *paralysie* sont infiniment moins nombreux : ce sont des hémiplégies droites (8) ou gauches (8), une hémiplégie faciale (CCXLIII), une paraplégie (CII), des paralysies bornées à un membre (bras droit, CXX, bras droit et gauche successivement, XCV), etc.

On a vu plus souvent un état d'inertie des membres inférieurs, d'où résulteraient le peu de solidité de la station, la difficulté ou l'impossibilité de la marche. Le fait le plus remarquable est celui du savant génevois, qui vit successivement s'engourdir tout son côté gauche, pouvant encore marcher, mais d'une manière incertaine, hésitant à passer par une porte, même quand elle était largement ouverte (CXL).

Par contre, des individus jouissaient d'une locomotion assez facile, malgré la pseudo-membrane qui recouvrait les hémisphères cérébraux (CLXXIII, CCLI). Dans la période aiguë

des autres variétés, quand le délire éclatait, on a vu quelques malades marcher librement (CXIV, CXVIII, CXIX, CXXIV, CXLVIII); possibilité presque exclusive à cette espèce.

La *sensibilité* n'a pas paru modifiée, malgré l'intensité des lésions qui semblaient devoir l'éteindre, comme l'infiltration purulente (CLXIV) ou une accumulation considérable de sérosité dans l'arachnoïde (CCXXX, CCXXXI, CCXXXV, CCXXXVI), mais la dilatation du crâne, dans cette catégorie de faits, prévenait ou atténuait la compression exercée sur le cerveau. Il y a eu, dans les commencements et surtout dans la première variété, excitation des sens et de la sensibilité générale; en outre, en certains cas, hyperesthésie (LXXXVII, CXL) ou anesthésie (CLXXXVI, CCXLIII). Assez souvent, la sensibilité a été émoussée (XCVI, CIV, CXVII, CXVIII, CXLI, CLXVI); mais, une fois, on l'a vue reprendre son énergie au bout d'un certain temps (CXVIII).

Des *vomissements* ont été observés chez 25 malades. Le plus grand nombre appartenait à la catégorie des méningites purulentes. Quelques-uns de ces malades ont eu, en outre, la langue et les dents couvertes d'enduit fuligineux (CLV, CLVIII). Il y a eu chez quelques sujets une grande gêne de la déglutition. Les évacuations ont été assez souvent involontaires.

La *respiration* a paru fréquemment normale; mais, chez un certain nombre d'individus, elle a été plus ou moins gênée, irrégulière, lente ou très accélérée, singultueuse ou accompagnée d'une sorte de sanglot (CXXXIII). Elle est devenue stertoreuse.

Le *pouls* a été fréquent. Il y a eu souvent une fièvre intense, surtout dans les cas aigus, et généralement dans les méningites accompagnées de formation de pus; mais, même dans cette circonstance, le pouls a pu être petit, intermittent (CLIX), non fréquent, irrégulier (CLXIV), lent et plein (CLXIX).

Il y a eu parfois des *sueurs* abondantes et visqueuses.

On a constaté la production facile de la *tache méningitique* (CXLVII).

Une femme a eu ses règles pendant le cours de la maladie (CIV).

On a noté, comme coïncidences, l'épistaxis (CXVI), l'érysipèle de la face (CXVIII), des vésicules gangréneuses sur le dos du pied et des pétéchies aux jambes (CLVIII), une parotidite abcédée, arrivant avec un commencement de convalescence (CLXXXII).

On a vu aussi un œdème général (CXXXV), un œdème de la face (CLXXIV) ou des jambes (CLXXXII). Des eschares se sont formées sur la région sacrée ; dans un cas où l'intelligence s'était rétablie, elles ont évidemment déterminé la mort (CXCIX). Deux fois on a remarqué la mortification des orteils (CII, CIII).

XV. La méningite de la convexité du cerveau peut être divisée, relativement à son cours, en aiguë et en chronique.

Les exemples de la marche *aiguë* se trouvent surtout dans les deux premières et dans la quatrième variétés ; on en rencontre aussi quelques-uns dans la cinquième, mais seulement dans les premières séries. Le nombre de ces faits est de soixante et quelques. La terminaison a eu lieu dans le cours du premier septenaire chez 29 sujets, du deuxième chez 14, du troisième chez 8, du quatrième chez 10. Ainsi, le plus grand nombre des décès correspond au plus petit nombre des jours de maladie.

La méningite de la convexité a été souvent *chronique*. Pour la qualifier de la sorte, il ne faut pas toujours s'en rapporter au moment où apparaissent les principaux symptômes ; mais on juge par l'état des organes de l'ancienneté du travail pathologique. C'est ce que l'on rencontre dans des cas de vésanies et surtout de paralysie générale, alors que les symptômes dénotant une phlegmasie des méninges ne se sont manifestés que peu de jours avant la mort ; l'arachnoïde recelait des productions organisées dont l'origine ne pouvait être de date récente. Cent et quelques observations de méningite chronique sont empruntées aux différentes variétés, mais surtout à la dernière.

XVI. L'exposition des *lésions* constatées dans les recherches anatomiques est facilitée par l'ordre qui a été adopté pour la classification des faits.

XVII. La première variété présente un intérêt tout particulier : la méningite y est représentée à un faible degré et dans sa manifestation la plus simple. Elle y est probablement dans l'état où elle se trouve lorsqu'on en obtient la guérison. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer dans la pratique des cas dont les symptômes et la marche s'assimilent à ceux de cette variété, et dont l'art parvient à triompher. Par la nécropsie, on reconnaît la plénitude des vaisseaux de la tête, l'injection des membranes, et spécialement celle de là pie-mère. L'arachnoïde se montre opaque, rouge ou avec des plaques opalines ou blanches. Ces membranes ont augmenté d'épaisseur. Elles offrent des points d'adhérences plus ou moins nombreux entre leurs feuillets, mais non avec la surface du cerveau, qui conserve son intégrité.

Plusieurs fois la phlegmasie a paru très distincte, en ce qu'elle était circonscrite sur un hémisphère ou sur un lobe, les autres points s'éloignant très peu de l'état naturel et faisant contraste.

Cette inflammation est quelquefois devenue chronique. L'augmentation d'épaisseur de l'arachnoïde en a été la conséquence. M. Barth a vu l'arachnoïde pariétale très épaisse chez une femme de quatre-vingt-dix-neuf ans [1]. Dans un autre cas, ce feuillet offrait une rougeur vive (XC).

Il n'y a pas ou presque pas eu d'exsudation séreuse dans les méninges, mais on en a trouvé dans un ventricule latéral (LXXXVIII) ou dans les deux (LXXXIX).

XVIII. La deuxième variété de la méningite de la convexité a pour caractère anatomo-pathologique une exsudation séreuse dans l'arachnoïde ou sous cette membrane. Cette dernière sous-variété se rencontre fréquemment. Il est assez commun de voir la pie-mère plus ou moins infiltrée; mais

[1] *Bulletin de la Société anatomique*, 1849, p. 35.

ici cette infiltration était abondante et constituait l'altération principale. Le fluide infiltré était simplement séreux ou lactescent, ou séro-fibrineux ou sanguinolent.

Dans tous ces cas, les méninges étaient épaissies, ou rouges ou opalescentes, fortement injectées. Plusieurs fois, elles étaient adhérentes entre elles (CXV, CXXII, CXXXIII). Les glandes de Pacchioni ont formé des végétations assez volumineuses (CV, CXIV).

D'autre part, on a vu assez souvent les ventricules contenir plus ou moins de sérosité, bien que le cerveau restât à peu près normal. Il est effectivement assez rare que, soit la périphérie (CVI, CVII, CVIII), soit les parties centrales (CXVIII), aient paru ramollies. Il est même bon de noter que chez quelques sujets qui avaient présenté des symptômes de paralysie générale, la pie-mère enflammée n'avait contracté aucune adhérence avec la substance corticale (CII, CV).

Mais les faits les plus remarquables de cette variété sont ceux dans lesquels la sérosité épanchée se trouvait renfermée entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Sa quantité s'est élevée de 60 à 240 grammes, sans l'intervention d'aucune néo-membrane. Chez un jeune sujet, le volume de la tête en a été augmenté : c'était une hydrocéphalie méningienne ou arachnoïdienne (XCVI). Le liquide a été ordinairement répandu d'une manière égale sur les deux hémisphères. Il a pu ne se trouver que sur un (CXI) ; il a été transparent et incolore ou rougeâtre.

La présence du sang mêlé avec la sérosité a été constatée huit fois. On y a même vu des caillots (CVII).

Ces faits établissent un rapport étroit entre les hémorrhagies méningées intra-arachnoïdiennes et les méningites de la convexité qui produisent une exsudation séreuse dans l'arachnoïde. Quelques-uns des cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne que j'ai rapportés ailleurs paraissent avoir eu pour origine une méningite (XIX, XXII, t. VI, p. 655 et 656).

On peut en citer d'autres dans lesquels la méningite était plus prononcée et plus évidente. L'hémorrhagie en a été

comme un mode de terminaison. C'est par ce motif que j'ai rattaché à cette catégorie deux cas montrant la connexion intime de la phlegmasie et de l'hémorrhagie arachnoïdiennes (CXXVII, CXXVIII).

XIX. La sérosité infiltrée peut se concréter rapidement, surtout chez les jeunes sujets, et prendre l'aspect de la gélatine ou de l'albumine solide. Il en résulte une troisième variété distincte, ce produit n'étant ni de la sérosité, ni une néo-membrane. C'est une matière épaisse, consistante, non organisable, sans adhérence avec les tissus qu'elle recouvre, véritable corps étranger, qui sans contredit ajoute à la gravité de la maladie. Elle peut se présenter sous l'aspect de bulles, ou de tissus spongieux, renfermant de la sérosité.

Cette matière a l'aspect de la gélatine sans en avoir la nature; il y aurait lieu de faire quelques recherches à ce sujet. Elle est ordinairement infiltrée sous l'arachnoïde, dans la pie-mère; mais elle peut former un coagulum distinct dans la cavité de l'arachnoïde (CXXIX, CXXXVII, CXXXVIII, CXXXIX).

Ce produit de la méningite peut se former dans des circonstances diverses, quand la phlegmasie est à l'état très aigu ou lorsqu'elle a suivi une marche progressive.

XX. Les trente observations de la quatrième variété se rapprochent par la présence du pus dans les méninges de la convexité. Dans seize cas, ce fluide avait été versé dans la cavité de l'arachnoïde; il en tapissait les surfaces internes, il était quelquefois distribué en plaques séparées (CLII); mais le plus souvent il formait une couche plus ou moins étendue, embrassant la convexité des deux hémisphères, ou bornée à l'un d'eux ou à l'une de ses régions. Il s'en est trouvé aussi sur la face interne des hémisphères (CXLVII) et tout le long du sinus longitudinal supérieur, dans le voisinage des granulations de Pacchioni (CXLVIII). Parfois, il a été rassemblé en une certaine quantité et limité par des adhérences circonvoisines, de manière à constituer une sorte de foyer (CLV). Le pus a été parfois mêlé à la sérosité; d'autres fois, il était consistant ou même concret, formant une couche

solide plus ou moins épaisse. Dans quatorze cas, la matière purulente s'était déposée sous l'arachnoïde, dans la pie-mère, et suivait les replis qui plongent dans les anfractuosités; elle a pu également paraître plus abondante sur le trajet des veines principales des méninges enflammées (CLXXI).

Indépendamment de ces altérations, on a constaté dans les méninges des changements dus à l'état de phlegmasie, comme leur épaisseur, leur rougeur, leur injection, leur fermeté, leurs cohérences. Parfois la couche corticale était injectée, brunâtre, adhérente (CLIX, CLXVI).

Les ventricules cérébraux ont contenu sept à huit fois un épanchement séreux. Une fois celui-ci existait du côté où l'exsudation purulente était en plus grande quantité (CLXXII).

Les observateurs ont maintes fois noté l'absence de tubercules cérébraux ou pulmonaires, afin de bien poser la limite entre cette méningite et celle qui sera décrite sous le nom de *granuleuse* ou *tuberculeuse*.

XXI. La cinquième variété est la plus nombreuse et la plus diversifiée. Elle est caractérisée par la formation de néo-membranes entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Cette production, décrite souvent d'après un type uniforme, exige quelques distinctions. D'abord, elle peut être simple et limitée, ou bien étendue, et même réfléchie sur elle-même à la manière d'une séreuse. Examinons ces sous-variétés.

A.— Il est d'abord des faits dans lesquels la néo-membrane est simple et libre sur ses deux faces, étant seulement en contact avec les feuillets arachnoïdiens, sans y adhérer. Cette disposition est assez rare. Dans trois cas, la méningite avait été aiguë; dans le quatrième, chronique et peu caractérisée, accompagnant une paralysie générale. Dans deux, la fausse membrane était mince, molle, blanchâtre, évidemment récente et encore sans trace d'organisation; dans un autre, elle était très épaisse, et dans la quatrième, elle s'était déjà imprégnée de sang.

B. — Dans les observations de la deuxième série, les connexions sont tout à fait différentes, puisqu'il s'est établi

entre la néo-membrane, qui est simple, et les deux feuillets de l'arachnoïde, une adhérence assez étroite. Cette néo-membrane, d'une épaisseur variable, d'une teinte jaunâtre ou de rouille, ou bleuâtre, était organisée et vasculaire; ses vaisseaux recevaient le sang assez abondamment par les points nombreux d'union avec les tissus environnants, eux-mêmes richement pourvus.

C. — La troisième sous-variété renferme des cas encore assez rares. Les fausses membranes n'avaient d'adhérence qu'avec le feuillet viscéral de l'arachnoïde, et n'en avaient point avec le feuillet pariétal. Elles étaient peu étendues, ou bien elles revêtaient largement l'arachnoïde. Leur épaisseur était variable. Elles étaient parfois marquetées de taches ou de plaques de sang; elles se comportaient, malgré la différence de leurs connexions, comme celles de la sério suivante; seulement, j'ai dû les séparer, pour montrer que les néo-membranes intra-arachnoïdiennes ne sont pas une émanation constante de la face interne de la dure-mère; en d'autres termes, qu'elles ne sont pas toujours la conséquence d'une pachyméningite.

D. — La quatrième sous-variété a été souvent observée; elle est constituée par la formation de fausses membranes accolées au feuillet pariétal de l'arachnoïde et non au feuillet viscéral. Elles sont simples, plus ou moins largement étendues des deux côtés ou d'un seul. Elles sont d'abord très minces. On a pu les comparer à une légère toile d'araignée (CCI), à une lamelle de colle de poisson fondue (CCII) ou à une couche de fibrine diaphane (CXCIV); puis elles acquièrent deux, trois ou quatre millimètres d'épaisseur. Mais cette épaisseur n'est pas la même partout; elle va en diminuant vers les bords. Elles restent molles, faciles à déchirer, ou bien elles deviennent fermes, et ont une certaine densité, de manière à résister à la distension. Elles sont ordinairement rougeâtres, parfois d'une teinte de rouille ou grisâtre. Elles ont été parsemées de taches d'un rouge plus foncé ou brunâtre, ou verdâtre (CXCVII, CXCVIII). Ces néo-membranes adhè-

rent d'une manière assez étroite à la dure-mère, et on ne peut les détacher que par petits fragments; mais parfois, l'union est beaucoup moins intime, et la séparation est assez facile. On voit alors se rompre de petits filaments, de faibles tractus, qui d'une surface se portaient à l'autre (CXCIX). Mais, le plus souvent, quand la néo-membrane est enlevée, la surface interne de la dure-mère semble n'avoir subi aucune altération; elle est lisse, polie, même luisante. Seulement, elle paraît un peu plus vasculaire que dans les autres points (CXCIX, CC, CCIV, CCX). Elle peut aussi paraître enflammée (CXCI).

La nouvelle membrane semble, dans les commencements, dépourvue d'organisation (CCV). On n'y aperçoit pas de vaisseaux (CXCVII); mais bientôt, des capillaires s'y développent; ils sont même assez larges (CXCVI, CC, CCIII, CCVIIII, CCX).

Ordinairement, le tissu néo-membraneux est simple; mais dans quelques cas, on y distingue des lamelles (CXCIX).

L'examen microscopique y fait découvrir un stroma de matière amorphe, des fibrilles connectives, des corps fusiformes, des noyaux embryo-plastiques; puis des granules graisseux, des granules d'hématosine, des globules sanguins; plus tard, des fibres lamineuses, des fibres dartoïdes, des canaux tortueux, dilatés en forme de cœcum, ramifiés, composés de deux tuniques, et contenant du sang.

Les néo-membranes jouissant d'une organisation vasculaire en rapport avec la circulation générale, et leurs vaisseaux très développés et très fragiles, pouvant facilement se rompre en plusieurs points, il en résulte des effusions sanguines, soit dans leur tissu, soit à leur surface.

Lorsque leur structure est lamelleuse, le fluide s'épanche dans les intervalles laissés par les lamelles, qui peuvent être au nombre de deux, trois ou même cinq.

Le sang s'est présenté sous la forme de points rouges, de taches ou de plaques, ou de caillots assez épais, ayant une couleur rouge, obscure ou noirâtre. Mais il peut se déposer sur l'une des faces. Une fois, il était contenu dans une sorte

de poche dont le feuillet pariétal de l'arachnoïde formait la paroi supérieure (CCXVIII); mais il est probable que le sang provenait plutôt de la dure-mère que de la néo-membrane.

Un fait, observé par M. Guéneau de Mussy et montrant la lésion à son début, semble prouver que, dans certains cas, c'est bien à la dure-mère qu'il faut attribuer l'exsudation sanguine (CCXXVII).

Les vaisseaux sanguins dans les néo-membranes sont, en général, fort distincts; ils forment de petites franges ou des lacis, apparents même à l'œil nu. Ils sont parfois dilatés, variqueux ou ampullaires. Mais, quelquefois, le microscope n'en découvre aucun, et cependant entre les lamelles de la fausse membrane se trouve du sang épanché. Une des observations due à M. Ogle offrait cette disposition (CCXXVIII). Il est probable qu'alors la néo-membrane, formée couche par couche, enveloppait entre ses lamelles l'exsudation sanguine provenant de la dure-mère.

E. — Lorsque les néo-membranes sont largement déployées dans la cavité de l'arachnoïde, elles présentent deux feuillets : l'un appliqué contre la dure-mère, et l'autre qui recouvre l'arachnoïde viscérale. Ce sont des poches plus ou moins larges contenant du sang ou de la sérosité, ou d'autres matières. Cette disposition constitue une cinquième sous-variété qui se divise en deux groupes.

a. — Le premier appartient exclusivement à l'enfance. Le plus jeune des malades avait quatorze mois, et le plus âgé six ans. La maladie avait débuté de bonne heure par des accidents graves. C'est à dix, douze, treize ou quatorze mois que l'invasion avait eu lieu. L'enfant, qui jusque-là avait paru assez bien portant, était pris de convulsions ou de vomissements, d'agitation ou de roideurs, et souvent de fièvre. Ces symptômes dénotaient évidemment une irritation cérébrale, et spécialement une méningite. Puis ces accidents se calmaient, et, au bout de quelque temps, la tête paraissait augmenter de volume, les fontanelles, les sutures restaient écartées. Dans un cas fort remarquable, une tumeur

évidemment aqueuse s'était prononcée vers le sommet du crâne. Elle fut ponctionnée plusieurs fois, mais se reproduisit avec opiniâtreté (CCXXIX).

La maladie peut alors passer à une sorte d'état chronique, pendant lequel le moral perd les premiers progrès qu'il avait faits; la parole est remplacée par des cris; les mouvements sont désordonnés; parfois, la tête exécute une semi-rotation, inclinant la face alternativement à droite et à gauche. Les membres sont roides, faibles, maigres, incapables de soutenir le corps et de se prêter à la locomotion. Ce sont toutes les apparences de l'hydrocéphalie chronique, avec dilatation du crâne. La vie peut se maintenir ainsi pendant plusieurs mois, et pendant deux, trois et quatre ans.

Voici ce qui s'était passé. Le crâne avait été distendu par la présence d'une grande quantité de liquide contenu dans l'arachnoïde; mais cette séreuse se trouvait doublée par une pseudo-membrane, tapissant d'une part son feuillet pariétal, et de l'autre la face supérieure de son feuillet viscéral. Cette néo-membrane, se comportant elle-même à la manière d'une séreuse normale, recouvrait un hémisphère ou les deux hémisphères d'une sorte de vaste kyste, généralement plus épais et résistant du côté externe que du côté interne, celui-ci étant souvent très mince, comme pelliculaire, ou formé de lames rudimentaires (CCXXXIV). Quand la néo-membrane s'est étendue aux deux côtés de la cavité arachnoïdienne, la communication s'est établie sur la ligne médiane, sous la faux du cerveau (CCXXXI). Peu adhérente à la dure-mère, mais plus qu'à l'arachnoïde, cette néo-membrane offrait souvent assez de résistance pour pouvoir être facilement enlevée. Elle a aussi montré assez d'épaisseur pour qu'on ait pu reconnaître dans son tissu quelques lamelles. On y a enfin distingué des vaisseaux nombreux, et on a pu remonter ainsi à la source des petits caillots logés dans son épaisseur ou déposés à sa surface. Mais le liquide le plus abondant, versé dans la cavité de la néo-membrane, a été de la sérosité; on en a recueilli 150 et 300 grammes, et

même plus. Par là s'explique le volume que le crâne avait acquis. Cette sérosité était rougeâtre, albumineuse ; elle a été rendue trouble par son mélange avec le sang. Mais celui-ci a parfois formé des concrétions plus ou moins épaisses, et a pu prendre une teinte brune. Il est à noter que pendant que la perspiration séreuse était si active dans l'arachnoïde ou dans sa doublure interne, les ventricules étaient vides ou à peu près.

b. — Les kystes méningiens du deuxième groupe ont été observés chez des adultes ou chez des vieillards. Ils sont encore constitués par des néo-membranes à double feuillet : l'un accolé à la face interne de la dure-mère, et l'autre reposant sur l'arachnoïde viscérale. Ces deux feuillets se réunissent à la circonférence pour n'en former qu'un, qui s'amincit en s'éloignant.

Ces kystes ont moins d'étendue que ceux du groupe précédent. La même néo-membrane ne s'étend jamais sur les deux hémisphères à la fois ; mais il peut y avoir deux kystes : un pour chaque hémisphère. Ordinairement l'un est plus volumineux que l'autre. Souvent il n'y en a que d'un côté. Dans un cas, la néo-membrane s'étendait des lobes postérieurs du cerveau sur la tente du cervelet (CCXLIV).

En général, le feuillet interne appliqué sur l'arachnoïde lui est simplement contigu, tandis que le feuillet externe adhère à la dure-mère, pouvant toutefois en être détaché.

Les kystes acquièrent une assez grande consistance ; leurs parois deviennent épaisses et résistantes ; mais ils ne produisent pas sur les parois du crâne les effets constatés dans la première série. Il n'y a jamais eu une dilatation générale ; seulement, on a vu la pression exercée sur l'un des os du crâne y laisser une empreinte sensible, et, d'autre part, l'hémisphère cérébral sous-jacent offrir une concavité correspondante (CCXLVI, CCLII).

On a trouvé dans ces kystes de la sérosité, du sang fluide et du sang concrété. Ils ont pu ne former qu'une seule cavité, ou présenter des loges séparées par des intervalles

où les deux feuillets étaient accolés, comme ils le sont toujours à la circonférence.

Les kystes dont il est en ce moment question ont une grande analogie avec ceux qui ont été décrits à l'occasion des hémorrhagies méningées. Cette analogie a fait admettre une identité d'origine. J'ai essayé, par les détails dans lesquels je suis entré, de les distinguer et de montrer la différence de production des uns et des autres; il serait inutile d'y insister encore.

XXII. Dans la méningite de la convexité, la dure-mère a été souvent injectée, surtout aux endroits correspondants au plus haut degré de la phlegmasie; les corpuscules de Pacchioni ont été plus ou moins développés; la substance cérébrale a montré quelques points de ramollissement; mais il ne s'est nullement agi, dans cette exposition des faits de méningite de la convexité, du ramollissement de la substance corticale ni d'adhérence avec la pie-mère, afin de ne pas confondre la maladie actuellement décrite avec la méningo-encéphalite qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

L'absence de la sérosité dans les ventricules ou la très petite quantité de ce fluide, ont été plusieurs fois signalées d'une manière spéciale; mais dans trente-six cas sa présence y a été constatée; parfois un des ventricules en contenait plus que l'autre. Chez quelques sujets, l'épendyme montrait une injection ou un épaississement inusités (CXC, CXCV, CC, CCIII, CCVIII, CCXI).

XXIII. On a vu chez plusieurs sujets les artères encéphaliques athéromateuses ou cartilagineuses, ou encroûtées de sels calcaires (CIV, CCXI).

XXIV. Des tubercules ont été rencontrés dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques chez un petit nombre d'individus (CXLVII, CCXXXVIII).

D'autres sujets ont offert une hypertrophie du cœur (CVIII, CIX).

On a vu aussi, dans un cas, une altération organique de l'estomac (XCV).

3e SECTION. — MÉNINGITE DE LA BASE DU CERVEAU.

Cette espèce se distingue par son siége à la face inférieure du cerveau, par son étendue circonscrite, et surtout par les rapports du lieu affecté avec la région centrale et avec les ventricules cérébraux.

On a confondu parfois cette espèce de méningite franche ou idiopathique avec la méningite granuleuse. Sans doute, il existe entre ces espèces une assez grande ressemblance, mais une différence très tranchée les sépare. On ne peut, en effet, regarder comme une circonstance indifférente la présence ou l'absence des granulations dans les méninges, genre d'altération si étroitement lié à la diathèse tuberculeuse. La méningite de la base a une existence spéciale, réelle; elle s'observe, indépendamment de toute granulation, de tout tubercule, soit dans les méninges ou l'encéphale, soit dans les poumons ou dans les ganglions bronchiques et mésentériques; c'est ce que vont démontrer des faits assez nombreux, exempts de ce genre de complication. J'établis deux variétés : l'une dans laquelle les méninges enflammées sont infiltrées de sérosité ou de matière épaisse et gélatiniforme; l'autre caractérisée par la présence du pus.

1re Variété. — Méningite de la base du cerveau, avec exsudation séreuse ou gélatiniforme.

Cette variété se caractérise par une exsudation liquide ou solidifiée, pouvant même prendre l'aspect d'une fausse membrane, mais en différant essentiellement, en ce que jamais ces concrétions ne s'organisent.

CCLIVe Obs. — Fille, dix-huit mois. Chute sur la tête en septembre. Le mois suivant, céphalalgie, malaise, irritabilité. Perte des sens, coma. Face bouffie, pâle. Légères convulsions faciales, déglutition difficile. Paralysie des membres droits. Pupilles très dilatées, contractiles. Respiration précipitée, laborieuse; pouls 125; peau chaude, sèche; pieds œdématiés. Mort le vingt-unième jour. — Cer-

veau mou. Deux onces de sérosité claire dans chaque ventricule. Dans le lobe antérieur droit, ramollissement crémeux. Sérosité à la base, où l'arachnoïde est épaisse, opaque et couverte d'une couche gélatiniforme (1).

CCLVe Obs. — Fille, deux ans et demi, vomissement. Dépérissement, mauvaise humeur, soif. Constipation. 19 novembre, assoupissement, respiration inégale, pouls petit, irrégulier; intelligence intacte. 22, mouvements convulsifs dans les yeux et dans les membres, l'inférieur gauche est immobile. Dysphagie. Perte de connaissance, insensibilité. Pouls alternativement lent et précipité. Sensibilité exagérée de la peau. Yeux ternes, pupilles très dilatées, immobiles; mains portées à la tête, aux jambes. Parole nulle, yeux dirigés en haut, soubresauts et roideur du membre supérieur gauche. 26, mouvements convulsifs des membres supérieurs. 27, sueur abondante, mort. — Ventricules remplis de sérosité limpide. Parties centrales ramollies. Excavation médiane de la face inférieure du cerveau remplie par une substance jaunâtre, dense, comme lardacée, qui se prolonge le long des deux scissures de Sylvius, autour des nerfs optiques et de la protubérance annulaire (2).

CCLVIe Obs. — Fille, deux ans et demi. Juin, peau chaude, pouls 76 à 80, puis 96, 126. Pupilles dilatées, quelquefois contractées. Assoupissement, rougeur et pâleur alternatives, conjonctives injectées; cris, agitation, coma; déglutition difficile. Strabisme. Mort le treizième jour. — 5 ou 6 onces de sérosité s'écoulent du cerveau. Arachnoïde de la convexité pâle, à la base infiltrée de sérosité non purulente. Ventricules non dilatés. Corps calleux, septum et voûte ramollis. Pneumonie (3).

CCLVIIe Obs. — Garçon, trois ans, caractère gai. 14 juillet, vomissements verdâtres, assoupissement, fièvre. Constipation, céphalalgie, cris, mouvements convulsifs des yeux. 24, supination, tête renversée en arrière, paupières abaissées, pupilles dilatées et immobiles. Yeux tournés en haut. Intellect libre, mouvements faciles, somnolence. Respiration rare, inégale; bâillements; mouvements convulsifs. 25, strabisme. 27, coma. Mort le 29. — Inflammation de l'arachnoïde de la base, entre les optiques et la protubérance, couverte d'une exsudation albumineuse s'étendant dans les scissures de Sylvius. Huit onces de sérosité dans les ventricules (4).

(1) Ransford, *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, oct. 1831. (*Archives*, 2e série, t. VI, p. 401.)
(2) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, 6e livrais., pl. I, fig. 2. *Méningite de la base*, obs. 2, p. 5.
(3) Rufz, *Archives*, 2e série, t. I, p. 189.
(4) Mitivié, dans Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 233.

CCLVIIIe Obs. — Garçon, trois ans et demi, grêle, nerveux. Octobre, irascibilité; yeux sensibles, assoupissement, cris. Douleur frontale et temporale; front chaud. Douleur épigastrique, diarrhée. Insomnie, agitation; chaleur, soif. Cris, mouvements de la tête à droite et à gauche. Vue, ouïe affaiblies. Pupilles dilatées, insensibles; évacuations involontaires, coma; respiration suspirieuse. Mort le sixième jour. — Arachnoïde injectée, surtout à la base, où elle est très rouge et épaissie par une couche albumineuse semi-transparente. Cerveau ramolli à sa face inférieure (1).

CCLIXe Obs. — Fille, quatre ans. Octobre, vive douleur de tête, cris plaintifs, fièvre, convulsions générales et partielles des muscles de la déglutition et de la respiration. Quinzième jour, pupilles dilatées, somnolence. Yeux chassieux, conjonctives injectées, face pâle, un peu bouffie. Mouvements libres. Ouïe, sensibilité tactile conservées. Aphonie. Pouls petit, irrégulier. Évacuations involontaires; ventre souple, indolent; coma. Mort le vingt-sixième jour. — Matière gluante sur l'arachnoïde. Pie-mère injectée. 5 onces de sérosité dans chaque ventricule, dont les parois sont vasculaires. Méninges de la base enflammées, infiltrées d'albumine coagulée autour des nerfs optiques et sur la protubérance et ses pédoncules (2).

CCLXe Obs. — Garçon, cinq ans, rachitique. Décembre, vomissements, céphalalgie, cris. Perte de connaissance, mouvements convulsifs des bras et des yeux. Trismus. Roideur des jambes. Sensibilité émoussée. Pupilles dilatées, avec oscillations à l'approche d'une lumière vive. Troisième jour, respiration stertoreuse, coma. — Arachnoïde de la base enflammée. Paroi inférieure du troisième ventricule sablée. Pas d'épanchement ventriculaire (3).

CCLXIe Obs. — Garçon, six ans. 20 mars, convulsions, état tétanique, tête en arrière, perte de connaissance, pupilles dilatées; déglutition difficile, constipation; abdomen tendu, douloureux. Pouls lent, petit. 23, coma, face rouge, yeux fixes, dirigés en haut. Pouls fréquent, irrégulier; peau brûlante, respiration bruyante, Mort le soir. — Inflammation de l'arachnoïde entre la protubérance et le carré des optiques recouvert d'une concrétion albumineuse épaisse. 8 onces de sérosité dans les ventricules (4).

CCLXIIe Obs. — Garçon, six ans. Février, céphalalgie frontale, nuits agitées, inappétence. Constipation. Vomissements verdâtres.

(1) Le Masson, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. V, p. 424.
(2) Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 124.
(3) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 27.
(4) Deslandes, dans Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 237.

Douzième jour, face pâle, stupeur, cris plaintifs. Langue sèche, saburrale, rouge. Treizième, convulsions, puis abattement; réponses lentes. Pupilles très dilatées, face alternativement rouge et livide. Pouls 130. Dix-huitième, hébétude, traits contractés, gargouillement iliaque droit, évacuations involontaires. État cataleptique des membres. Dix-neuvième, roideur du cou; ouïe, intelligence saines; vue affaiblie. Respiration anxieuse; pouls petit, 160. Mort le vingtième jour. — Pie-mère injectée. Sérosité gélatiniforme sur la base du cerveau. Injection prononcée des vaisseaux cérébraux. Peu de sérosité dans les ventricules. Inflammation des plaques de Peyer (1).

CCLXIII^e^ Obs. — Garçon, six ans. Juin, céphalalgie, vomissements bilieux, délire; assoupissement, cris, tête renversée de côté et d'autre, contorsions des bras, serrement des mâchoires, grincements des dents, convulsions générales. Supination, résolution des membres, roideur du dos. Face un peu tuméfiée, cris; pupilles dilatées, avec oscillations; cécité. Constipation. Pouls presque naturel le matin; le soir, 130. Respiration diaphragmatique, haute, bruyante; assoupissement. Mouvements convulsifs, sudamina sur le thorax. Mort le treizième jour. — Sérosité dans les ventricules et dans les fosses occipitales inférieures. Arachnoïde de la base, sur les nerfs optiques et la protubérance, épaisse, résistante, recouverte d'une matière jaunâtre. Invaginations intestinales, glandes mésentériques engorgées (2).

CCLXIV^e^ Obs. — Fille, sept ans, bonne constitution. Septembre, soumise à une correction trop forte, frayeur; mouvements convulsifs de la face, convulsions générales, stupeur, coma, cris plaintifs; coucher en supination; la tête, penchée à droite, ne peut être déplacée sans douleur; mains portées à la tête, tremblement général; yeux sensibles, puis éteints, insensibles; grincements des dents; pouls fréquent, petit; coma. Mort le neuvième jour. — Arachnoïde couverte par une fausse membrane transparente et comme gélatineuse, à la base, sur le mésocéphale et les parties environnantes. Très peu de sérosité dans les ventricules. Méninges très injectées. Cerveau injecté, mais sain (3).

CCLXV^e^ Obs. — Fille, huit ans, malade depuis trois semaines. Avril, céphalalgie, vomissements bilieux, constipation, anxiété, abattement, respiration suspirieuse, soubresauts des tendons, délire, somnolence, affaiblissement, pouls 130, pupilles peu dilatées; mou-

(1) Elleaume (service de M. Hillairet), *Gazette des Hôpitaux*, 1858, p. 83.
(2) Thibeaud, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1820, n° 235, p. 37.
(3) Sauveur de la Villeraye, dans Parent du Châtelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 244, 39e obs.

vements convulsifs des bras, de la face, des yeux. Mort le quatorzième jour. — Cerveau ferme, peu coloré. Sérosité dans les ventricules. Infiltration gélatiniforme et jaunâtre du tissu sous-arachnoïdien de la base du cerveau. Gastro-entérite légère (1).

CCLXVIe Obs. — Garçon, neuf ans. Dévoiement, fièvre; douleur sus-orbitaire; respiration lente, pouls 90, cri plaintif, somnolence; pupilles contractées, puis dilatées; pouls 96, sentiment de froid, strabisme, paupière supérieure droite abaissée, contracture des membres droits; pouls 110, face rouge et chaude, évacuations involontaires, subdelirium. Mort le onzième jour. — Sérosité dans les ventricules. Infiltration gélatineuse de la pie-mère à la base du cerveau, entre la protubérance et les nerfs optiques, et dans la scissure de Sylvius. Rougeur dans le canal intestinal (2).

CCLXVIIe Obs. — Fille, dix ans. Septembre, douleurs vagues de la tête, du dos, du ventre; délire loquace, fièvre, céphalalgie, pupilles dilatées, cris; mouvements continuels des membres supérieurs, assoupissement; paralysie de la paupière supérieure gauche; pupille droite contractée, la gauche dilatée, puis les deux; constipation, rétention d'urine; pouls petit, fréquent, serré; chaleur, yeux tournés en haut, tremblement des mâchoires, lèvres fuligineuses. Mort le neuvième jour. — Quatre onces de sérosité lactescente dans les ventricules. A la base, arachnoïde épaissie, infiltrée d'albumine demi-concrétée, avec traces d'inflammation (3).

CCLXVIIIe Obs. — Garçon, dix ans. Fièvre, stupeur, assoupissement, déglutition impossible, ventre douloureux; œil gauche fermé, droit entr'ouvert; dilatation des pupilles, coma. Mort. — Léger ramollissement de la voûte, du septum et de la glande pinéale. Sérosité dans les ventricules. Arachnoïde de la base épaisse, dense, infiltrée de matière gélatiniforme (4).

CCLXIXe Obs. — Garçon, treize ans. Céphalalgie, vomissement, délire, constipation; pouls lent, puis fréquent; yeux renversés, roulants ou fixés à gauche; pupilles oscillant, insensibles; insensibilité générale, résolution paralytique générale. — Très peu de sérosité dans les ventricules. Arachnoïde de la base du cerveau, de la partie inférieure du cervelet et de la moelle allongée, épaisse et soulevée par une quantité notable de sérosité transparente. Substance cérébrale voisine injectée et piquetée (5).

(1) Senn, *Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite*, p. 14, obs. 3.
(2) Boulanger, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1824, no 195, p. 6.
(3) Mitivié, thèses de Paris, 1820, no 258, p. 33.
(4) Folchi, *Exercitationes pathologicæ*, Romæ, 1840, t. I, p. 78.
(5) Berton, *Maladies des Enfants*, 9e obs., p. 78.

CCLXX^e Obs. — Garçon, quatorze ans, forte constitution, tempérament sanguin, accroissement rapide, travaux pénibles, port de fardeaux sur la tête. 12 février, fièvre, céphalalgie, assoupissement, agitation, cris, face altérée; pupilles dilatées, immobiles; immobilité du tronc, mouvements désordonnés des mains; intelligence nulle, insensibilité, urines involontaires; pouls 60, puis 92; convulsions partielles des bras; coma, stertor. Mort le seizième jour. — Crâne petit. Arachnoïde enflammée à la base, recouverte d'une fausse membrane, au devant de la commissure des nerfs optiques. Huit à dix onces de sérosité limpide dans les ventricules [1].

CCLXXI^e Obs. — Fille, seize ans. Novembre, face vultueuse, céphalalgie, tintements d'oreilles, yeux abattus, assoupissement, tristesse, réponses par monosyllabes; membres presque immobiles, ventre souple; pouls précipité, petit; peau sèche, brûlante; mouvements convulsifs. Neuvième jour, face décomposée, yeux ternes, pupilles très dilatées, perte de l'usage des sens et de la volonté, pouls misérable. Mort le dixième jour. — Arachnoïde de la convexité sèche et gluante. Pie-mère très injectée. Cerveau ferme. Septum lucidum percé. Sérosité dans les ventricules, sans injection des parois. Pie-mère de la base du cerveau, des pédoncules et de la protubérance, fort injectée, rouge, dense, épaissie et infiltrée d'une matière comme gélatineuse. Pas d'altération du cerveau [2].

CCLXXII^e Obs. — Fille, dix-sept ans, non réglée. Février, céphalalgie, rougeur passagère de la face, épigastralgie, assoupissement, parole embarrassée, grincement des dents, vomissement, trouble mental; pouls petit, 50-66, puis accéléré. Mauvaise humeur, cris aigus, rotation de la tête sur l'oreiller; tête portée en arrière, avant-bras et cou roides; mouvements et rotation convulsifs des yeux, dilatation des pupilles, soubresauts des tendons, carphologie, coma, paralysie momentanée des membres gauches; retour passager de l'intelligence, gonflement œdémateux de la face, rougeur érysipélateuse. Mort le dix-huitième jour. — Méninges de la convexité sèches et minces. Six à sept onces de sérosité dans les ventricules. Septum déchiré en partie. Trigone ramolli. A la base, exsudation pseudo-membraneuse, blanche, consistante, dans le tissu de la pie-mère [3].

CCLXXIII^e Obs. — Homme, dix-huit ans. Mai, céphalalgie, somnolence; pouls dur, épistaxis, délire, agitation, loquacité, suspension subite des fonctions de relation, dilatation des pupilles; pouls petit,

[1] Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, 42e obs., p. 256.
[2] Raikem, *Répertoire d'anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 126.
[3] Dance, *Archives*, t. XXI, p. 515.

non fréquent. Mort le douzième jour. — Collection séreuse très abondante dans les ventricules, dont les parois sont ramollies, ainsi que le septum et la voûte. Pie-mère de la base rouge, épaissie et couverte d'une sorte de fausse membrane. Toile choroïdienne très rouge et épaissie ([1]).

CCLXXIVe Obs. — Homme, dix-huit ans. Septembre, céphalalgie, perte de connaissance, léger délire, pupilles très larges. Respiration, pouls, peau dans l'état naturel. Membres souples, puis mouvements convulsifs. Stertor, pouls très fréquent. Mort le quinzième jour. — Circonvolutions aplaties. Arachnoïde sèche, mais injectée. Ventricules à parois comme tomenteuses, contenant une grande quantité de sérosité opaline. Septum et trigone ramollis. Concrétion pseudo-membraneuse sur le chiasma des optiques ([2]).

CCLXXVe Obs. — Homme, dix-neuf ans, malade depuis longtemps. 9 avril, stupeur, assoupissement, roideur du cou et du tronc, paupières supérieures relâchées, pupilles larges. Avant-bras demi-fléchis et roides, paralysie des membres inférieurs, encore sensibles. Pouls 70, coma. Insensibilité générale. Mort le 15. — Pie-mère comme ecchymosée à la convexité. A la base, exsudation plastique, blanchâtre, qui pénètre dans les scissures de Sylvius, entre les circonvolutions. Sérosité dans les ventricules. Septum ramolli ([3]).

CCLXXVIe Obs. — Homme, vingt ans. Juillet, céphalalgie, soif, bouche sèche, pouls peu fréquent, constipation. Teint un peu jaune, somnolence, délire, réponses lentes, mâchoires serrées, puis roideur du cou; pupilles rétrécies, ensuite dilatées. Sensibilité diminuée; Œil gauche mobile, le droit en haut et fixe. Strabisme, coma. Mort le dixième jour. — Arachnoïde sur toute la base de l'encéphale blanchâtre; elle s'enlève difficilement; pie-mère infiltrée d'un fluide lactescent. Ventricules pleins ([4]).

CCLXXVIIe Obs. — Fantassin, vingt ans; céphalalgie, douleur épigastrique. 11 mai, stupeur, décubitus à gauche, anorexie, haleine fétide, constipation; pouls mou, 65; peau chaude, sèche; pupille droite dilatée, la gauche moins. Œil droit larmoyant. Réponses lentes, mémoire infidèle; pas de délire. 12, pouls lent, somnolence (sang de la saignée sans couenne, sérum abondant). 13, abdomen douloureux. Pouls peu accéléré. Légère contracture des membres supérieurs. Réponses nulles. Horripilations; coma, dysphagie. 14,

([1]) Buet, *Journal complémentaire*, 1829, t. XXX, p. 87.
([2]) Dance, *Archives*, t. XXI, p. 523.
([3]) *Idem, ibidem*, p. 524.
([4]) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1831, t. II, p. 321.

pouls 92, dilatation et insensibilité des deux pupilles. Évacuations alvines répétées. Rougeur livide de la face, stertor. Rigidité des membres inférieurs. Mort. — Arachnoïde sèche sur la convexité. Pie-mère très injectée, surtout à la face inférieure du cerveau. Sérosité à la base du crâne. Couche de lymphe plastique comme gélatineuse, épaisse, infiltrée dans la pie-mère, recouvrant la scissure de Sylvius gauche, le nerf optique, le chiasma, l'infundibulum, le tuber cinereum, le pont de Varole, l'artère basilaire et les quatrième, sixième, septième, huitième, neuvième, dixième et douzième paires. Substances corticale et médullaire ponctuées et de consistance normale. Sérosité dans les ventricules latéraux et un peu dans le cinquième. Follicules de Peyer développés (1).

CCLXXVIIIe Obs. — Fille, vingt-un ans. Réponses brèves, incomplètes. Face pâle et comme étonnée. Pouls presque naturel. Respiration inégale. Cris, position désordonnée, perte de tout sentiment de pudeur. Réponses justes, ou nulles, ou difficiles. Maigreur, perte de connaissance, urines involontaires, strabisme, pupilles inégalement dilatées; pouls petit, lent; respiration plaintive; refus de boire. Mort le dixième jour. — Tissu sous-arachnoïdien de la base de l'encéphale infiltré d'une couenne d'un blanc-jaunâtre qui se propage le long des vaisseaux et des scissures cérébrales, jusque dans la toile choroïdienne. Un peu de sérosité dans les ventricules du cerveau, sans altération des parois. Ovaire gauche converti en un kyste purulent. Fausse membrane récente dans la plèvre gauche (2).

CCLXXIXe Obs. — Homme, vingt-quatre ans, robuste, travail pénible. Couché en sueur sur la terre humide. Courbature. Céphalalgie vers la région sous-orbitaire, vertiges, bourdonnements, névralgie faciale, contractures. Après un an, avril, vomissements, inappétence, faiblesse générale. Céphalalgie sous-orbitaire, amblyopie, diplopie, strabisme, dilatation des pupilles; contraction douloureuse des muscles du côté droit de la face. Torsion de la bouche de ce côté. Intellect sain, immobilité générale. Pouls plein, régulier, non fréquent; coma. Insensibilité de la face à droite, évacuations involontaires, parole impossible. Mouvements de la langue gênés; pouls misérable, fréquent. Mort. — Infiltration de sérosité roussâtre entre les circonvolutions. A la base, sous le ventricule moyen, substance gélatiniforme enveloppant la commissure des nerfs optiques et le tuber cinereum, qui est rougeâtre, et forme une masse avec la glande et la tige pituitaires. Tubercules mamillaires écartés par un

(1) F. C. Donders, *Diss. sistens obs. anatomico-pathologicæ de centro nervoso*. Traj. ad Rhenum, 1840, p. 5.

(2) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, in-fol., 6e livrais., pl. 1, fig. 2, obs. 1, p. 4.

caillot rougeâtre qui se prolonge dans le ventricule, où il a le volume d'une noix. Ventricules remplis de sérosité (¹).

CCLXXXᵉ Obs. — Homme, vingt-huit ans. Mars, dyspnée, pouls fréquent et fort, supination. Tête portée en arrière, yeux fermés, dirigés à droite; trismus, contracture et insensibilité des membres gauches et du bras droit. — Arachnoïde de la base d'un blanc mat, épaissie et consistante. Pas de sérosité dans les ventricules (²).

CCLXXXIᵉ Obs. — Homme, trente ans, délire, yeux demi-fermés; pupilles contractées, plus tard dilatées; yeux sensibles. Plaintes. Réponses nulles, mais possibilité de montrer la langue. Déglutition facile; ventre douloureux, rétention d'urine; pouls petit, lent, puis fréquent. Membres contracturés, les supérieurs fléchis, les inférieurs étendus. Assoupissement. Mort le cinquième jour. — Sérosité dans les ventricules. Arachnoïde épaissie et infiltrée de sérosité sur le tuber cinereum et sur le chiasma des optiques. Cerveau consistant (³).

CCLXXXIIᵉ Obs. — Homme, trente-un ans. Juin, céphalalgie, nausées, apathie, stupeur, mauvaise humeur. Pupilles dilatées, surtout la gauche, et paralysie de la paupière supérieure du même côté. Pouls lent, à la fin fréquent; hallucinations, délire, coma. Mort le vingt-deuxième jour. — Pie-mère injectée, à la base enflammée, avec exsudation plastique épaisse, blanche, suivant, dans son tissu, la direction des vaisseaux. Sérosité dans les ventricules. Septum et trigone ramollis (⁴).

CCLXXXIIIᵉ Obs. — Femme, trente-deux ans, tempérament lymphatique sanguin, couturière, bonne santé. 13 janvier, céphalalgie frontale, vertiges, frissons et chaleur; soif, inappétence, vomissements, constipation. Secousses convulsives dans les membres, douleur rachidienne. 28, abattement, sensibilité à la lumière et au bruit. Pupilles dilatées. Douleur vive le long du rachis augmentant par le mouvement du tronc. Roideur de la nuque, du dos. Fourmillements dans les doigts. Face colorée. Pouls 80, intelligence nette, puis délire. Hyperesthésie cutanée. (Saignée; caillot consistant; pas de couenne.) 29, délire, puis coma. Mort le lendemain. — Pas de lésion des méninges à la surface supérieure du cerveau. Sur le chiasma, la tige pituitaire, les tubercules mamillaires, exsudation fibrino-albumineuse, molle, d'un blanc jaunâtre, d'une ligne d'épaisseur, sans trace d'organisation. Aux mêmes endroits, la pie-mère est épaissie, rougeâtre,

(¹) Bossu (service de Teissier), *Gaz. méd. de Lyon* et *Monit. des Hôpitaux*, 1855, p. 853.
(²) Houssard, dans Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 331.
(³) Clinique de Fouquier, *Gazette médicale*, t. I, 1833, p. 324.
(⁴) Dance, *Archives*, t. XXI, p. 556.

très injectée. L'exsudation se prolonge, à un décimètre au dessous du mésocéphale, sur la moelle ([1]).

CCLXXXIV[e] Obs. — Femme, trente-cinq ans. Depuis six ans, douleur de tête par accès. Deux ans après, cécité gauche. Il y a deux mois, céphalalgie plus intense et perte de la vue de l'œil droit. Iris encore contractiles; anosmie, bien que la pituitaire conserve sa sensibilité tactile. Ouïe, goût, toucher conservés. Peau chaude, pouls fréquent, dur, petit. Inappétence, soif, constipation, coma. Mort. — Congestion du diploë et des méninges. Sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules latéraux. Dépôt blanc-grisâtre, d'aspect fibrineux, dans la pie-mère, sur le trajet des vaisseaux cérébraux moyens, sur le chiasma des optiques, les tubercules mamillaires et les espaces perforés antérieurs; atrophie des nerfs olfactifs et optiques, avec déformation du chiasma. Rétines normales. Ramollissement superficiel du cerveau vers la base, et du trigone cérébral ([2]).

CCLXXXV[e] Obs. — Homme, quarante ans; il y a dix ans, attaque avec hémiplégie. Insensibilité du côté gauche de la face. Perte du mouvement des muscles masticateurs du même côté. Pas de paralysie de la septième paire. Traits de la face non déviés. L'œil gauche s'enflamme, suppure et s'enfonce, mais le noyau qui reste se meut par l'action conservée de ses muscles. Douleurs hémicrâniennes. — Arachnoïde de la base du cerveau épaissie, et sa cavité oblitérée, à gauche, par adhérence avec la dure-mère, embrassant de ce côté la cinquième paire, qui est altérée, pâle-grise, et au microscope ne présente que des tubes nerveux imparfaits. Protubérance annulaire et moelle allongée aplaties, amincies à gauche. Nerf optique gauche atrophié comme la cinquième paire ([3]).

2[e] Variété. — **Méningites de la base du cerveau avec production de pus.**

CCLXXXVI[e] Obs. — Fille, trois ans. Juillet, céphalalgie, vomissements bilieux, opisthotonos léger, trismus, rétraction des muscles du côté droit de la face, cris. Mort le seizième jour. — Méninges très injectées, surtout à gauche, épaissies, consistantes à la base du cerveau, avec infiltration séro-purulente et gélatineuse. Sérosité trouble dans les ventricules. Parties centrales ramollies ([4]).

CCLXXXVII[e] Obs. — Fille, six ans. Céphalalgie, vomissements bilieux, anxiété, constipation, somnolence, accès convulsifs, cris,

([1]) Schutzemberger, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1845, p. 196.
([2]) Ed. Simon, *Bulletin de la Société anatomique*, 1860, p. 143.
([3]) Partridge, *Transactions of the Pathological Society of London*, 1850, t. II, p. 168.
([4]) Senn, *Méningite*, 12[e] obs., p. 70.

opisthotonos, intellect conservé, dyspnée. Mort le quinzième jour. — Infiltration gélatiniforme sous l'arachnoïde à la base, puriforme dans la scissure de Sylvius gauche. Sérosité dans les ventricules (¹).

CCLXXXVIIIᵉ Obs. — Garçon, six ans, grêle, chute sur la tête. Janvier, céphalalgie, vomissements, convulsions, délire, loquacité; dilatation inégale des pupilles, strabisme à gauche; pouls 100, peau chaude et sèche, carphologie, soubresauts des tendons, mouvements automatiques; exaltation de la sensibilité, puis insensibilité; assoupissement, cris, stertor. Mort le vingt-deuxième jour. — Méninges de la base, denses, opaques, avec une exsudation plastique et purulente jaunâtre. Adhérence des bords des scissures de Sylvius. Sérosité dans les ventricules (²).

CCLXXXIXᵉ Obs. — Fille, six ans. Céphalalgie, abdomen douloureux. Juillet, fièvre, vomissements, somnolence, yeux sensibles, tête en arrière; respiration suspirieuse, irrégulière; cris, assoupissement, strabisme, oscillation des pupilles, dysphagie, rétraction et mouvements convulsifs des membres supérieurs. Mort le seizième jour. — Infiltration gélatiniforme de la base. Couche purulente dans la scissure de Sylvius gauche. Toile choroïdienne épaissie, injectée. Sérosité dans les ventricules, sans ramollissement central (³).

CCXCᵉ Obs. — Mˡˡᵉ L., âgée de dix ans, de Bordeaux, d'une constitution délicate, maigre, nerveuse, peau blanche, avait eu parfois des fièvres intermittentes. Le 5 février 1838, elle va se promener et s'amuser à la campagne, où elle a très chaud. Ce jour, il faisait froid; elle sent un refroidissement général, et surtout dans le cou. La fièvre ne tarde pas à se manifester, avec des vomissements répétés et une céphalalgie intense. On applique des sinapismes aux pieds et quelques sangsues à l'anus; mais les symptômes persistent. Il survient des grincements de dents, du strabisme. La céphalalgie est de plus en plus intense; la douleur s'étend au cou, qui est en même temps roide. Une pression exercée sur la région cervicale postérieure augmente la douleur. La jeune malade tient sa tête fléchie en avant et très basse. On ne peut la redresser sans provoquer une souffrance vive; tous les autres mouvements sont libres. Il n'y a pas de paralysie de la sensibilité. (Deux sangsues derrière chaque oreille appliquées successivement.) Au bout de sept à huit jours, cet état offre une amélioration sensible. La tête est peu douloureuse; on peut la remuer, la ramener en arrière sans trop de douleur. L'intelligence est nette, les yeux ont repris leur aspect

(¹) Senn, *Méningite*, 2ᵉ obs., p. 8.
(²) Berton, *Maladies des Enfants*, 24ᵉ obs., p. 97.
(³) Charpentier, *Nature et trait. de l'hydrocéphale aiguë*. Paris, 1829, 9ᵉ obs., p. 137.

ordinaire, l'appétit est vorace; il y a de la soif; les évacuations sont naturelles; mais la fièvre persiste, sans rémission appréciable et sans sueur, plutôt avec une légère exacerbation presque tous les jours, vers dix heures du matin. Le ventre est quelquefois douloureux; il n'est jamais tendu, il est un peu déprimé. Le 1er mars, la respiration paraît gênée, mais il n'y a pas de toux. (On applique des vésicatoires aux jambes, et on essaie pendant deux jours le sulfate de quinine.)

Le 4 mars, des vomissements se produisent; la céphalalgie est très intense, la fièvre augmente; il survient de l'assoupissement; les pupilles se dilatent, les yeux sont habituellement fermés; l'intellect paraît conservé; la malade montre sa langue quand on le lui demande, ses évacuations sont encore soumises à la volonté, mais elle ne prononce que quelques monosyllabes. Le cou est toujours roide; la tête néanmoins peut se tourner d'un côté et de l'autre. Si les yeux s'ouvrent, c'est sans regarder. Langue constamment recouverte d'un enduit mince, blanchâtre; pouls toujours petit, 90 à 100; ni convulsions, ni paralysie, ni diminution de la sensibilité, ni délire, ni agitation. Affaiblissement et maigreur extrêmes; mort le 16 mars.

Nécropsie. — Crâne ample. Quelques adhérences unissent les deux feuillets de l'arachnoïde, surtout le long du sinus longitudinal supérieur. Vaisseaux cérébraux injectés, circonvolutions aplaties, 120 grammes de sérosité dans les ventricules dont les parois sont un peu ramollies et d'une couleur terne. Les méninges, sur les pédoncules cérébraux, sur le mésocéphale, sur la face inférieure du cervelet et sur le bulbe rachidien, sont rouges, épaissies, et enduites à leur face externe d'une couche de matière albumino-purulente concrète; elles sont infiltrées de sérosité sur le tuber cinereum et sur le chiasma des optiques. Les scissures de Sylvius n'offrent rien d'anormal; il n'y a pas de granulations. Le poumon gauche est rouge, mais sain; le droit a quelques adhérences avec les parois. Ces organes ne contiennent ni tubercules, ni granulations. Estomac sain. Intestins d'une teinte rougeâtre générale, sans autre altération. Mésentère, foie, rate, etc., dans un parfait état d'intégrité.

CCXCIe Obs. — Martial Gaudin, âgé de onze ans, natif de Bordeaux, habitant une rue étroite et une maison humide, doué d'un tempérament lymphatique, d'une sensibilité assez vive et d'une intelligence précoce, a eu deux fois, dans le cours de l'année dernière, une sorte de congestion cérébrale, avec trouble de la vue et même diplopie. A la fin de février 1847, des douleurs de tête très vives se sont manifestées, principalement dans les régions frontale et occipitale, accompagnées de vertiges et d'éblouissements. Point de nausées ni de vomissements. Constipation. Ce jeune garçon est

admis à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne, le 7 mars. Pouls petit, lent, 40-44. Céphalalgie vive, aiguë, lancinante, au front et à l'occiput; éblouissements, vertiges, pupilles un peu dilatées. Point de diplopie, ni d'injection des conjonctives. Langue blanche, un peu de sensibilité à l'abdomen, constipation. (Lavements émollients, sinapismes aux pieds, deux sangsues à l'anus.) 8, pupilles resserrées, point de nausées, moins de sensibilité abdominale, pouls petit, douleur de tête toujours très vive, insomnie, cris plaintifs. (Vésicatoire à la nuque.) 9 et 10, même état. Du 11 au 15, amélioration, pupilles moins resserrées, mouvements plus faciles, moins de céphalalgie. 15, le malade se lève; mais la station est peu solide et la marche vacillante. Du 16 au 18, même état. 19, vomissement d'un liquide blanchâtre; céphalalgie, vertige, pupilles resserrées; pouls calme, petit; une selle naturelle. (Eau de veau; infusion de valériane, 60 grammes; lait, bouillon.) 24, marche toujours vacillante. Du 25 mars au 14 avril, même état. (Poudre de Vienne à la nuque.) Du 15 au 18, mêmes difficultés dans la station et la progression. 18, convulsions générales répétées, occupant principalement les membres supérieurs; perte momentanée de connaissance; yeux fixes, hagards; parole difficile, lente, reprenant ensuite sa netteté. Pendant quelques attaques convulsives, il y a eu de l'écume à la bouche; les pupilles ont été resserrées, la face pâle, le pouls très petit. Quelques vomissements ont eu lieu. 19, retour complet du calme, de l'usage des sens et de l'intelligence. Point d'affaissement ni de stupeur, et pas même de céphalalgie. Yeux brillants, face pâle, ventre indolent, selles naturelles, point de toux. (Infusion de valériane, 80 grammes; cyanure de fer, 2 centigr.) Du 20 au 24, le calme persiste. 25, convulsions, perte de connaissance, mouvements désordonnés pendant près d'une heure. 26, le malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. (Cyanure de fer, 0gr3; infusion de valériane, 80 gr.) Du 27 avril au 4 mai, point d'attaques.

5 mai, face pâle, cris plaintifs, sans que le malade accuse de douleur déterminée; peau froide, pouls petit, lent, à 56; intelligence conservée; point de céphalalgie; pupilles un peu dilatées, ongles violacés, urine rendue involontairement, parfois trémoussements; mouvements spasmodiques de la face et des membres; point de strabisme; marche toujours vacillante. (Frictions sur la tête rasée avec la pommade stibiée; infusion de valériane, cyanure de fer.) — 6 et 7, assez de calme; quelques pustules se forment sur le crâne. — 8. Pouls lent, 48. De temps à autre, cris aigus, résolution des membres droits; sensibilité de la peau émoussée; yeux languissants, affaissement considérable; nul désir de se lever. La tête, penchée à droite, ne peut être redressée sans occasionner des douleurs. Le soir,

pouls 52, assez développé; yeux légèrement saillants, pupilles un peu resserrées, mobiles; tête de plus en plus inclinée à droite, paraissant élargie et comme gonflée de ce côté de la voûte, tandis que le sommet serait légèrement aplati; bouffissure de la paupière supérieure droite, mâchoires un peu serrées; le malade essaie de montrer sa langue quand on l'y invite; mais cet organe passe difficilement entre les dents. Yeux entr'ouverts, regardant en bas, ternes et chassieux; respiration lente, de temps en temps profonde, suspirieuse; bâillements. Le bras droit soulevé retombe à l'instant, le bras gauche se soutient pendant quelques secondes; la résolution des membres inférieurs est à peu près égale; la sensibilité paraît un peu mieux conservée dans tout le côté gauche que dans le droit. Les facultés intellectuelles et sensoriales restent intactes, mais la parole est extrêmement lente. C'est avec peine que le malade, plusieurs fois sollicité, répond. Alors, il se plaint de la tête. Langue blanche, exsudation blanchâtre autour du collet des dents et à la face interne des lèvres; urines rares; pas d'évacuations alvines. — 9. Contracture des bras, avec tendance à la pronation, plus sensible du côté droit. (Calomel, 0,60; vésicatoire sur la tête.) — 10. Tête toujours penchée à droite, lèvres tuméfiées, laissant couler une salive assez abondante; pouls 120, pupilles dilatées, rétention d'urine, constipation; le cathétérisme entraîne une grande quantité d'urine; plusieurs lavements provoquent l'issue de matières fécales très dures et d'une certaine quantité de noyaux de prunes. — 11. Le malade paraît un peu mieux; le ventre est affaissé. — 12 et 13. Pouls fréquent et plein, résolution des membres, yeux mobiles, intelligence assez bien conservée, miction volontaire. — 14. Paralysie manifeste du côté droit, mouvement des membres gauches conservé; pouls fréquent; le malade s'exprime assez bien, et assure ne pas souffrir; il demande des aliments. — 15-16. Même état. — 17. Sur le côté droit de la face et du cou et sur l'épaule droite, apparaît une teinte rougeâtre, comme érysipélateuse, avec quelques vésicules; le vésicatoire de la tête a produit une suppuration abondante, et même, en quelques points, des ulcérations; pouls 92. — Du 18 au 24, peu de changements dans l'état du malade, qui est calme et semble remuer ses membres droits avec quelque facilité. — 25. La rougeur du côté droit de la face et du cou a disparu à peu près; pouls 60; selles naturelles. — 26. Résolution des membres droits de nouveau très prononcée; pupilles non contractées. — Du 27 mai au 4 juin, même état.

5 juin. Vomissements, yeux ternes, affaissement, peau chaude, résolution complète du côté droit. — 10. Rétention des matières stercorales, produisant une tuméfaction considérable du ventre,

exigeant l'emploi de lavements réitérés. — Du 11 au 23, à peu près même état. Résolution des membres droits, mobilité des gauches; urines naturelles, intellect conservé, mais réponses à peu près nulles. — 24. Le malade paraît assez bien; il est moins affaissé; il répond; il ouvre la bouche et montre la langue. Face inerte du côté droit; sillon naso-labial gauche assez prononcé; traits un peu déviés à gauche; salivation; lèvres écartées, surtout du côté de la commissure gauche. — 25. Amaigrissement de plus en plus marqué. Conservation de l'intelligence, pupilles non dilatées, yeux toujours parallèles; néanmoins, la vue paraît presque abolie; on distingue une ulcération sur la cornée gauche. — Du 26 juillet au 12 août, consomption, affaiblissement extrême, mais conservation des facultés intellectuelles. Mort le 13.

Nécropsie. — Diamètre antéro-postérieur du crâne, 32 centimètres; diamètre transverse, 30. Rigidité cadavérique, maigreur extrême. Le cerveau présente une convexité plus prononcée qu'à l'ordinaire; l'hémisphère droit surtout paraît comme soulevé. Les vaisseaux de la dure-mère sont très injectés; la substance cérébrale est en général assez ferme, plus dans l'hémisphère droit que dans le gauche (celui-ci offre un léger ramollissement et une teinte jaunâtre au voisinage du corps strié). Le ventricule droit est distendu par environ un demi-verre de sérosité; le ventricule gauche n'en contient que 30 grammes. Septum lucidum mou; voûte à trois piliers saine. A la face inférieure du cerveau, les méninges sont épaissies, opaques, injectées, et infiltrées par une couche épaisse de pus qui enveloppe les nerfs optiques, et, s'étend en arrière, sur la protubérance annulaire. Cervelet un peu moins consistant qu'à l'ordinaire, mais sain, ainsi que le mésocéphale et le prolongement rachidien. Organes thoraciques et abdominaux dans un état normal; point de tubercules dans les poumons ni dans les ganglions bronchiques, ni dans le mésentère.

CCXCII° Obs. — Garçon, treize ans, nausées, vomissements, céphalalgie. Mars, assoupissement, pupilles dilatées, parfois resserrées. Délire, réponses lentes, agitation, soupirs, cris, sensibilité gastrique. Pouls dur, peu fréquent, puis faible. Mouvements convulsifs; roideur tétanique des membres, intellect obtus. Paralysie de la paupière supérieure gauche, œil renversé, constipation, stertor. Mort le cinquième jour. — Méninges, à la base, épaisses, résistantes. Pus dans les scissures de Sylvius. Beaucoup de sérosité dans les ventricules (1).

CCXCIII° Obs. — Fille, treize ans. Septembre, céphalalgie, vomissement; pouls normal, puis fréquent; chaleur naturelle, res-

(1) (Service de Nysten, 1817.) Thèse de Deslandes, obs. VII, p. 18.

piration inégale, suspirieuse. Roulement des yeux, oscillations des pupilles, torpeur, assoupissement. Délire, agitation, convulsions. Mort le quatorzième jour. — Infiltration purulente derrière les nerfs optiques et dans les scissures de Sylvius. Pas de ramollissement central, pas d'épanchement séreux dans les ventricules ([1]).

CCXCIVe Obs. — Garçon, treize ans, variole. Le vingt-quatrième jour, pneumonie, puis fièvre, délire, coma. Mort. — Infiltration purulente des méninges à la base du cerveau. Hépatisation du sommet du poumon gauche ([2]).

CCXCVe Obs. — Fille, seize ans, grêle. Mars, céphalalgie, nausées; assoupissement, strabisme, yeux et face rouges. Mouvements convulsifs, tête en arrière, délire, gémissements, chants, cris, agitation; assoupissements, yeux fermés; pupilles très dilatées, trismus; pouls petit, dur, très fréquent. Mort le dix-septième jour. — Injection des méninges. A la base, l'arachnoïde est opaque, épaissie; pie-mère infiltrée de pus. Peu de sérosité dans les ventricules. Cerveau ferme et très injecté ([3]).

CCXCVIe Obs. — Homme, dix-huit ans. Juin, stupeur, amnésie, fièvre; douleurs dans les membres inférieurs, délire. Insensibilité; pouls normal, puis fièvre. Rétention d'urine. Roideur du cou, pupilles rétrécies. Stertor, sueurs générales. Mort le quinzième jour. — Méninges injectées, suppuration dans les scissures et à la base du cerveau. Vaisseaux distincts sur les parois des ventricules, qui contiennent une sérosité trouble, mêlée de flocons membraniformes. Parties centrales ramollies ([4]).

CCXCVIIe Obs. — Tambour, dix-huit ans. Mars, face rouge, yeux hagards. Mouvements de la face provoqués par les questions. Agitation, cris plaintifs. Chaleur, sécheresse de la peau, constipation. Pouls fréquent, petit; douleurs à la tête et au ventre. Engourdissement moral; mouvements lents. Mort le dix-huitième jour. — Pie-mère épaissie, injectée, avec infiltration d'un fluide gélatineux, puriforme, roussâtre, à la base du cerveau et dans les scissures de Sylvius, sur les pédoncules et la protubérance annulaire. Tige et corps pituitaires désorganisés. Cerveau consistant; sérosité dans les ventricules. Cervelet petit et mou. Légère phlegmasie gastro-intestinale. Poumons, foie, rate, sains ([5]).

([1]) Berton, *Maladies des Enfants*, p. 60.
([2]) Racle, Thèses de Paris, 1848, n° 243, p. 34, obs. XII.
([3]) Deslandes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, n° 119, p. 16.
([4]) Dance, *Archives*, t. XXI, p. 526.
([5]) Desruelles, *Mémoires de Médecine militaire*, 1820, t. VII, p. 185.

CCXCVIIIe Obs. — Homme, vingt-cinq ans. Céphalalgie, pouls lent; puis délire; ensuite, calme. Yeux dirigés en haut, mouvements convulsifs des membres supérieurs, retour de la raison. Enduit fuligineux sur les dents et les lèvres. Pouls 85-90, assoupissement. Spasmes de la face et des membres, cris. Carphologie, crocidisme. Mort le douzième jour. — Méninges injectées, substance cérébrale peu consistante. Pus infiltré à la base du cerveau. Sérosité dans les ventricules (1).

CCXCIXe Obs. — François Laroche, âgé de vingt-huit ans, de Menal (Charente-Inférieure), garçon d'écurie, doué d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, a été atteint de fièvres intermittentes il y a trois ans, et de bronchite depuis le commencement de l'hiver dernier. Le 17 février 1848, il éprouve le soir, vers dix heures, des frissons, bientôt suivis de chaleur sans sueur, en même temps une toux fréquente et de la céphalalgie. Cet état se répète pendant trois nuits consécutives, et le malade entre à l'hôpital Saint-André le 21. Au moment où on l'examine, il n'a point de fièvre; il a une toux sèche, ne sent aucune douleur à la poitrine; la face est colorée, la tête douloureuse dans la région frontale; il n'a ni vertiges, ni trouble de la vue. Langue naturelle, inappétence, bouche amère, ventre indolent, selles rares, rate non développée.

22. L'accès de la nuit dernière a été presque nul; la céphalalgie persiste. — 23. Même état; pouls très calme; point d'accès fébrile, mais hébétude, stupeur, légère incohérence dans les idées, fétidité de l'haleine. — 24. Assoupissement, pouls à 48, moins d'hébétude au réveil, réponses moins lentes et plus justes. (Sulfate de quinine, 0,80.) — 25. Délire pendant la nuit, langue blanche, apyrexie le matin. (Sulfate de quinine, 0,75.) — 26. Le malade prétend être mieux. Affaissement, stupeur, pouls calme. Le soir, délire. (Sulfate de quinine, 0,60.) — 27. Pouls à 52, pupilles non dilatées, quelques réponses assez justes, évacuation des urines involontaire, constipation, abdomen tendu et douloureux. (Quatre ventouses scarifiées sur le ventre, lavement émollient; potion avec musc, 0,25; vésicatoires aux jambes.) Le soir, même état; torpeur, comme dans un état d'ivresse; pupilles naturelles, paroles incohérentes; pouls à 54, régulier, peu plein; yeux un peu rouges. — 28. Pouls à 56-60, large; quelques mouvements spasmodiques dans les membres, intelligence très obtuse, pupilles contractées, conjonctives injectées, affaissement, subdelirium; langue humide, sans enduit fuligineux; ventre rétracté. Une pression exercée sur le flanc gauche détermine de la douleur. Carphologie, yeux de temps à autre dirigés en haut,

(1) Pajot (service de M. Cruveilhier), *Gazette des Hôpitaux*, 1843, p. 129.

urines involontaires, point de selles. (Potion avec musc, 0,25; calomel, 1,0, en cinq doses.) Le soir, chaleur modérée de la peau. État de plus en plus grave, carphologie incessante, pouls à 68; yeux injectés, chassieux, souvent fermés, parfois dirigés en haut.

29. Deux selles diarrhéiques abondantes, urines involontaires, tension et météorisme du ventre, pouls à 80, déglutition assez facile; léger strabisme convergent de l'œil droit, pupilles non dilatées; resserrement des mâchoires, contracture des membres, sensibilité diminuée aux bras. Point de paralysie. Le malade ne montre point la langue, qui n'a pas d'enduit fuligineux. (Poudre de Vienne à la nuque; potion avec musc, 0,25; bouillon.)

1er mars. Pouls 92-96, souple; contracture des fléchisseurs des avant-bras, point de soubresauts des tendons, yeux fixes, trismus, sensibilité fortement émoussée aux membres supérieurs; lèvres sèches, sans enduit; urines involontaires; le ventre paraît sensible à la pression; le malade ne profère aucune parole; strabisme de l'œil droit. — *Soir*. Même état que le matin; toutefois, le malade paraît un peu plus réveillé; la vue est plus claire, les pupilles ne sont ni dilatées, ni resserrées. Injection de la conjonctive oculaire, rougeur assez vive dans le grand angle de l'œil, yeux de loin en loin dirigés vers le plafond. La contracture persiste. Pas de mouvements automatiques; chaleur et moiteur générales de la peau; pouls ample et fréquent, régulier, 92; pulvérulence des narines. Pas de selles, urines involontaires, réponses nulles.

2. Pouls 92, moins large; yeux ouverts, un peu hagards, chassieux, presque constamment dirigés en haut; pupilles naturelles; contracture des avant-bras, sans soubresauts des tendons; peau chaude, sans moiteur; urines involontaires, constipation; ventre non tendu, et, selon les apparences, indolent. Le malade montre sa langue quand on le lui dit. Elle a un enduit jaunâtre. Décomposition des traits de plus en plus prononcée. (Tis. orge; musc, 0,25; lavement avec assa fœtida et camphre, 0,50; lait, bouillon). — *Soir*. Le délire a repris. Le malade parle seul presque continuellement; parfois, il pousse quelques cris. Yeux hagards, ternes et chassieux, dirigés en haut. Contracture manifeste et continue des tendons. Pouls 92, sans inégalités ni irrégularités appréciables. Peu de moiteur. Ventre peu tendu, non douloureux. Une selle a suivi l'emploi du lavement. Urines involontaires. — 3. Pouls ralenti, 64. Le délire continue; il est un peu loquace. Le malade ne paraît nullement comprendre ce qu'on lui dit. Les pupilles conservent leur état normal; le ventre semble un peu douloureux à gauche. Urines involontaires. (Musc, 0,40.) — *Soir*. État de plus en plus grave; altération, dépression notable des traits; paroles inintelligibles et incohérentes; les mou-

vements des tendons rendent presque impossible l'appréciation du pouls, qui paraît être à 80 environ. Yeux toujours ternes et chassieux, hagards, dirigés souvent en haut. Sécheresse des lèvres et des narines. Ventre rétracté, un peu douloureux. Urines involontaires. Pas de selles. — 4. Délire; parfois, cris, loquacité, mussitation; paroles de moins en moins intelligibles; mouvements automatiques, carphologie; yeux dirigés vers le plafond, troubles, hagards, humides et chassieux; pupilles ni dilatées, ni resserrées, égales des deux côtés; pouls 80. Le malade tire la langue, qui est sèche. Ventre tendu par suite de la contraction musculaire. Pas de selles. Urines involontaires. (Calomel, 1,0, en huit doses d'heure en heure; musc, 0,40.) — *Soir*. État plus grave, délire sourd et continu; voix faible, marmottement. Il n'y a plus de cris. La respiration commence à être embarrassée. Yeux languissants, caves, sans expression, se dirigeant souvent en haut, sans dilatation ni resserrement manifeste des pupilles. Contracture permanente des tendons empêchant de compter le pouls, qui est un peu fréquent, 76-80 environ. Pas de selles. Urines involontaires.

5. Peau chaude, avec un peu de moiteur; parole faible et embarrassée; mots inintelligibles, comme si la bouche était remplie de liquide; pouls fréquent, 116-120; contracture presque générale; yeux ternes, languissants, caves et chassieux; pupilles naturelles, respiration embarrassée; pas de selles, urines toujours involontaires. Mort à trois heures de l'après-midi.

Nécropsie. — Rigidité générale très grande; les saillies musculaires se dessinent très bien. Surface externe de la dure-mère rouge, lisse, ayant un aspect de siccité peu ordinaire. Vaisseaux méningiens et sinus pleins d'un sang noirâtre coagulé, ainsi que les veines cérébrales. A la base du cerveau, exsudation séreuse entre les tubercules pisiformes, sur l'entrecroisement des nerfs optiques, et de plus véritable exsudation purulente jaunâtre et concrète dans l'épaisseur même de la pie-mère. On n'y trouve pas de granulations. Substance cérébrale injectée, piquetée. Les ventricules du cerveau contiennent environ 25 grammes d'une sérosité limpide. Le corps strié gauche contient dans son centre comme un petit foyer rempli de sang coagulé. Ce foyer, placé transversalement, a dans ce sens 1 centimètre sur 2 millimètres d'épaisseur. Dans le corps strié droit se trouve une cavité située dans le même sens, mais vide. Le septum lucidum, la voûte à trois piliers, offrent un ramollissement considérable, sans rougeur, sans injection vasculaire. État normal du cervelet, de la protubérance et des autres parties de l'axe encéphalo-rachidien. Poumons et glandes bronchiques sains. Le cœur offre un peu de volume du ventricule gauche. Point d'imbibition. Muqueuse

gastro-intestinale saine. Foie gorgé de sang. Rate consistante pleine de sang. Reins dans un état normal.

CCC[e] Obs. — Homme de peine. Vomissements, céphalalgie fixée aux tempes, élancements à l'occiput et à la nuque, inappétence, faiblesse, constipation. 3 juillet, face pâle, abattue; regard incertain, yeux sensibles à une vive lumière, mouvements libres, intelligence nette, pas de fièvre, sang non couenneux. 4 juillet, plaintes occasionnées par la céphalalgie, réponses difficiles, immobilité, supination, traits tirés, pouls non fréquent, assoupissement, sensibilité cutanée conservée, respiration lente et régulière. 8, coma, vie organique presque intacte. 12, respiration par instants accélérée ou très lente. 13, râle trachéal. Mort. — Peu de sérosité dans les ventricules. A la face inférieure du cerveau et du cervelet, pie-mère infiltrée d'une couche de pus de sept à huit lignes d'épaisseur; la substance cérébrale qu'elle recouvre est normale (¹).

Résumé des observations relatives à la méningite de la base du cerveau.

I. Ce résumé porte sur 47 observations, ainsi divisées :

Méningites de la base du cerveau, avec infiltration de fluide séreux ou de matière gélatiniforme	32
Méningites de la base, avec formation de pus	15
	47

II. Ces faits ont été recueillis chez :

29 sujets du sexe masculin.
18 — — féminin.
(Le sexe n'a pas été indiqué chez un petit enfant).

III. L'âge établit la division suivante :

20	individus avaient	de 18 mois à 10 ans.
16	— —	de 11 à 20 ans.
6	— —	de 21 à 30 —
5	— —	de 31 à 40 —
47		

IV. Les sujets étaient souvent robustes; quelquefois, c'étaient des enfants grêles, délicats, intelligents.

V. La menstruation chez quelques jeunes filles a présenté

(¹) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 67.

des anomalies; elle a été précoce ou tardive, ou irrégulière, ou supprimée.

VI. Des maladies de diverses natures avaient eu lieu quelque temps avant l'invasion de la méningite. Des enfants avaient été traités de la teigne (CCLXXI) ou avaient eu la variole (CCLXXXVIII). Quelques-uns avaient eu d'anciennes céphalées; mais dans cette espèce de méningite, aucun exemple d'aliénation mentale ni de paralysie générale.

VII. Parmi les causes, on est en droit de placer l'exposition aux intempéries de l'air, le refroidissement quand le corps était en sueur (CCLXXVIII, CCXC), des travaux pénibles (CCLXXIX), le transport de fardeaux sur la tête (CCLXXIII), les percussions sur le crâne (CCLIV).

VIII. Plusieurs fois, les malades ont éprouvé à l'avance des maux de tête, des douleurs vagues ou fixes, des vertiges, des engourdissements, des troubles variés dans l'exercice de la vision. Chez un malade, il y eut d'abord insensibilité et immobilité d'un côté de la face, en même temps que l'œil s'enflamma et se fondit (CCLXXXV).

IX. Le début de la maladie s'est annoncé par une exaltation de la sensibilité ou par des symptômes d'irritation gastro-intestinale, ou des accès fébriles. D'autres fois, l'invasion a été brusquement marquée par des convulsions générales (CCLXI).

X. Voici les symptômes qui se sont le plus ordinairement présentés :

La céphalalgie a été l'un des plus fréquents. On l'a notée dans plus des deux tiers des cas. La douleur a été profonde, plus ou moins vive, s'exaspérant par accès; elle a été rapportée au front, à l'occiput; mais aussi aux régions sus et sous-orbitaires (CCLXV, CCLXXIX); elle s'est étendue au cou (CCXC).

Les malades ont souvent exprimé leurs souffrances par des cris aigus, presque caractéristiques. C'était quelquefois des plaintes, des gémissements.

Il y a eu parfois perte de connaissance (CCLXI, CCLXII,

CCLXXVIII, CCXCI, CCLXXXIII) ou stupeur; mais aussi l'intellect, dans plusieurs cas, a paru retenir son activité ordinaire, et même quelquefois jusqu'à une période avancée de la maladie.

Le délire a eu lieu dans le tiers des cas environ. Il a été léger, tranquille, sourd, parfois loquace ou même agité; dans un cas, il a été accompagné d'envie de mordre (CCLXIX).

L'assoupissement s'est manifesté fort souvent, et même quelquefois dès les premiers jours. Mais, dans deux cas, il y a eu une insomnie persistante (CCLIX, CCXCI).

Chez quelques malades, la parole était embarrassée, lente, rare ou difficilement articulée. Dans quatre cas, elle était nulle (CCLXXIX, CCLXXXI, CCXCIX, CCLV).

Les phénomènes offerts par l'appareil de la vision sont très variés et dignes d'attention, leur source se trouvant au foyer même de la maladie.

Les yeux se sont montrés sensibles, rouges, injectés, couverts de mucosités visqueuses ou de chassie; saillants, et même l'un plus que l'autre (CCLXXII); ouverts ou fermés, ou à demi-fermés. Une des paupières supérieures était souvent paralysée; c'était ordinairement la gauche. Les globes oculaires étaient dirigés en haut, rarement en bas; quelquefois, ils roulaient convulsivement. Chez le tiers des sujets, ils étaient déviés et atteints d'un strabisme très prononcé. L'examen des pupilles les a fait voir insensibles, immobiles ou oscillantes; elles ont été dilatées 30 fois, resserrées 4; souvent, elles ont été inégales, l'une dilatée et l'autre resserrée, simultanément ou successivement. La diplopie, l'amblyopie se sont montrées à divers degrés dès le principe ou dans le cours de la maladie.

Les autres sens ont été bien plus rarement lésés. Il y a eu anosmie, avec conservation de la sensibilité tactile de la pituitaire (CCLXXXII); surdité (CCLIX, CCLXIII); mais si quelquefois les malades, interpellés à haute voix, ne répondaient pas, on devait en accuser plutôt l'état de l'intellect que l'asthénie auditive. Souvent, au contraire, dans les

premiers jours, les malades paraissaient fatigués par le bruit.

Des convulsions ou des mouvements convulsifs ont été notés chez 20 sujets; les spasmes ont été généraux ou partiels, affectant un membre ou la face, ou les yeux, ou les organes de la déglutition et de la respiration (CCLX). D'autres fois, si ce n'était pas des mouvements convulsifs, c'était de l'agitation ou des tremblements, des spasmes des membres supérieurs, des mouvements de rotation de la tête, des soubresauts des tendons, de la carphologie. On a observé des grincements de dents, le trismus, la rigidité du cou, avec rétraction de la tête en arrière. J'ai vu dans un cas la tête spasmodiquement fléchie en avant et ne pouvant être redressée sans causer une vive douleur (CCXC). Il y a eu aussi un léger opisthotonos, une sorte d'état tétanique (CCLXII, CCLXXVII). On a vu la contracture des membres, celle plus spéciale des bras, des avant-bras, des membres inférieurs, des membres gauches ou droits, ou celle d'un côté du visage (CCLXXX, CCXCVIII, CCLV).

Les cas de paralysie ont été rares. Je relève : Trois hémiplégies, dont une momentanée (CCLXXII, CCLIV, CCXCI); une paraplégie (CCLXXV), la paralysie d'un membre supérieur (CCLXIX) ou inférieur (CCLV). On peut y joindre les cas déjà cités de paralysie de la paupière supérieure.

Quant à la sensibilité, il ne s'est montré que peu de symptômes. L'hyperesthésie a été rare (CCLV), la diminution de la sensibilité plus fréquente (CCLXXVI, CCLXXIX, CCLXXXVIII, CCXCI, CCXCIX). L'insensibilité générale a été liée à la suspension des fonctions sensoriales ou cérébrales. Toutefois, même dans quelques-uns de ces cas, des mouvements réflexes ont pu encore être provoqués.

Des vomissements ont eu lieu chez 15 malades, la difficulté d'avaler chez 7; souvent, il y a eu de la douleur à l'épigastre et de la constipation. Un individu a été tourmenté par la faim (CCXCIV), un autre refusait toute boisson (CCLXXIX), mais plusieurs avaient une soif vive et la bouche très

sèche. Souvent, les évacuations ont été involontaires. Il y a eu plusieurs fois rétention d'urine.

La respiration a été gênée, suspirieuse, luctueuse, stertoreuse. Chez un sujet, elle était alternativement lente et accélérée (CCC).

Chez le tiers des malades, on a observé une fièvre plus ou moins intense; mais parfois, le pouls était lent, et aussi après avoir été lent, il est devenu fréquent. La peau a été chaude et la face colorée.

XI. Dans le cours ou à la fin de la maladie, il est survenu quelques phénomènes morbides qu'on aurait pu croire critiques, mais qui ne l'étaient point. Telles ont été des sueurs copieuses (CCXCVI), l'épistaxis (CCXCIV), le gonflement œdémateux de la face (CCLXXII).

XII. La méningite de la base a généralement accompli sa marche en moins de trente jours. Le relevé des divers faits donne les résultats suivants :

La mort a eu lieu du	3e au 7e	jour.......	6 fois.
— —	8e au 14e	—	18 —
— —	15e au 21e	—	15 —
— —	22e au 30e	—	4 —

Quelquefois, il y a eu des améliorations momentanées; la maladie avait paru enrayée. Une sorte d'état chronique n'a été constaté que rarement (CCLXXX, CCLXXXIV, CCLXXXV, CCXCV).

XIII. Les lésions anatomiques, localisées dans les méninges de la face inférieure du cerveau, ont été remarquées sur les nerfs optiques, le chiasma, le tuber cinereum, les tubercules mamillaires, l'espace inter-pédonculaire. Elles se sont quelquefois étendues, en avant, le long des nerfs olfactifs; en arrière, sur la protubérance et le bulbe; latéralement, dans les scissures ou dans une scissure de Sylvius; en bas, autour de la tige et du corps pituitaires.

Ces altérations ont été la rougeur, l'injection, l'opacité, de l'arachnoïde et de la pie-mère; mais, en outre, elles consistaient soit en une exsudation séreuse ou gélatiniforme, soit en une formation de pus.

Le premier genre d'altération augmentait beaucoup l'épaisseur des méninges. C'était une sérosité trouble, épaisse, et souvent concrète, ayant l'aspect de l'albumine récemment coagulée ou de la gélatine ramollie, comme dans les deux espèces de méningite déjà décrites.

Cette matière concrète s'est quelquefois déposée à la surface libre de l'arachnoïde, lui adhérant plus ou moins. Quelques auteurs l'ont qualifiée alors de fausse membrane. Mais cette désignation pourrait induire en erreur sur la nature de cette concrétion. Il n'y a pas identité entre cette couche membraniforme et les fausses membranes de la convexité. Elle ne s'organise point; elle n'a pas de rapports avec la dure-mère ; elle n'est jamais le siége d'une hémorrhagie. Cette matière ressemble plutôt à un enduit épais de gélatine; on ne doit donc pas la qualifier de pseudo-membrane; ce n'est qu'une fausse néo-membrane.

Quant à la variété de méningite de la base, caractérisée par la présence du pus, elle peut elle-même présenter l'aspect pseudo-membraneux; c'est quand le pus est solidifié et qu'il forme des plaques tapissant divers points de la face inférieure du cerveau. Il peut être alors mêlé à de la matière gélatiniforme; mais, d'autres fois, il est liquide et comme dissous dans la sérosité; et, le plus souvent, il est infiltré dans la pie-mère.

XIV. La méningite de la base, qui occupe un espace assez rétréci, exerce, néanmoins, une assez puissante influence par ses rapports avec les parties voisines, surtout avec les nerfs qui pénètrent dans les orbites, d'où les phénomènes si nombreux que présente l'appareil de la vision; parfois aussi, avec les olfactifs; de là, l'anosmie ajoutée à la cécité (CCLXXXIV).

La phlegmasie peut encore comprendre en une masse commune le corps, la tige pituitaires, et la paroi inférieure du troisième ventricule (CCLXXIX).

La lésion qui a le plus souvent coïncidé avec la méningite de la base a été l'épanchement séreux dans les ventricules

phalalgie, soif. Inappétence, langue sèche, chargée; pas de constipation. Légers vomissements. Diminution de la conscience, pupilles dilatées. Tête en arrière, coucher en supination. Membres roides, engourdis; tremblottement. Mort à la fin de la troisième semaine. — Aucune granulation. Substance cérébrale marquée de points rouges nombreux. Ventricules largement dilatés, pleins de sérosité. Dans chaque corne postérieure flottent des flocons de matière purulente grisâtre. Membrane interne épaisse et vasculaire en plusieurs points, rugueuse et comme déchirée en d'autres. Un peu de matière purulente à la base du crâne. Aucun tubercule (1).

CCCVe Obs. — Fille, six ans, intelligente, bien développée. 7 février, céphalalgie, vomissement, fièvre, irritabilité des yeux et de l'ouïe. Convulsions, surdité; pouls irrégulier, lent. Au bout de cinquante jours, selles involontaires, idiotisme, faiblesse du bras droit, convulsions. Mort après une durée totale de quatre mois. — Maigreur, crâne mince, sutures fermées, tête un peu grosse. Opacité des méninges sur le chiasma, la protubérance, la moelle allongée; lymphe dans la pie-mère. Arachnoïde épaissie, opaque. Méninges facilement détachées de la substance cérébrale. Ventricules distendus par dix onces de sérosité limpide, contenant de l'albumine. Couches optiques et corps striés déprimés. Membrane ventriculaire ayant un aspect gélatineux, avec une consistance supérieure à celle de la substance cérébrale, dont elle se détache par lambeaux longs et résistants. Elle est dense sur le septum lucidum. Rilliet admet que cette augmentation d'épaisseur est due à une fausse membrane. Pas d'injection des vaisseaux, pas de tubercules (2).

CCCVIe Obs. — Garçon, sept ans, lymphatique. Juin, inappétence, diarrhée, fièvre tierce, puis quotidienne; cris, céphalalgie. Tache cérébrale ou méningitique, vomissements, pouls irrégulier, intermittent (52 à 64); délire. Septembre, roideur des muscles cervicaux postérieurs, mouvements des membres douloureux. Ventre déprimé, strabisme, regard fixe; tête en arrière, opisthotonos. Perte de connaissance, peau insensible. Mort le 23. — Méninges de la base épaissies; pas de granulations. Ventricule gauche distendu par une sérosité limpide; sa membrane interne est jaunâtre, très épaisse, très résistante. Ventricule droit plein de sérosité, ainsi que le quatrième; sa membrane est aussi épaisse, jaunâtre, et présente quelques petites granulations à sa surface. Tubercules dans le poumon (3).

(1) Hughes Willshire, *Lancet*, 1853, 8 oct. (*American Journal*, 1854, jan., p. 214.)
(2) Rilliet, *Archives*, 4e série, t. XV, p. 453.
(3) Savourel, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1853, no 134, 8e obs., p. 36.

CCCVII^e Obs. — Fille, huit ans, lymphatique, scrofuleuse, malade depuis quarante jours. Juin, état comateux, convulsions, fièvre, respiration stertoreuse. Côté droit du visage rouge, chaud. Mort au bout de quarante-huit heures. — Arachnoïde épaissie, blanchâtre; lymphe sur l'hémisphère droit. Vaisseaux de la pie-mère engorgés. Dans le ventricule latéral gauche, deux onces et demie de sérosité grisâtre. Bride membraneuse mince, tendue entre le corps strié et le septum, parcourue par des vaisseaux sanguins très déliés. Membrane blanche et résistante, tapissant tout l'intérieur du ventricule, et pouvant s'en détacher par lambeaux. Elle enveloppe les veines de Galien. Le ventricule droit ne contient pas de sérosité, mais présente, comme le gauche, une fausse membrane assez large qui a les mêmes connexions. Arachnoïde ventriculaire droite épaissie. Commissure des nerfs optiques couverte d'une couche de matière comme gélatineuse, d'un jaune-verdâtre, résistante. Arachnoïde de la face inférieure du cerveau épaissie. Tubercules miliaires dans la plèvre, les poumons, le péricarde, le péritoine, etc. (1).

CCCVIII^e Obs. — Garçon, quatorze ans. Avril, toux, céphalalgie, vomissements, face colorée, yeux sensibles; céphalalgie intense, assoupissement, délire; pupilles dilatées, puis contractées alternativement; trismus, constipation, carphologie, coma, tête portée en arrière, cris, agitation. Mort le dixième jour. — Épaississement, adhérences de l'arachnoïde sur la face interne des hémisphères. Épaississement, opacité des méninges sur la protubérance. Sérosité dans les ventricules, dont la membrane interne est dense, et présente des petits points blancs gros comme des têtes d'épingles (2).

CCCIX^e Obs. — Fille, idiote. Cris, grincements des dents, roulement des yeux, dilatation inégale des pupilles. — Arachnoïde des ventricules rugueuse, épaissie, comme chagrinée, couverte de petites granulations. Même altération de l'arachnoïde de la base (3).

CCCX^e Obs. — Garçon, seize ans, pâle et maigre. Janvier, coma, cris; avant-bras contractés, demi-fléchis; tête roide, en arrière; mâchoires serrées, pupilles très dilatées; pouls petit, très fréquent. Mort rapide. — Fausses membranes à la base et aux scissures de Sylvius. Ventricules très distendus par une sérosité transparente; leur membrane interne distincte, épaissie, opaque, recouvre des vaisseaux développés, et peut être enlevée par lambeaux (4).

(1) Lobstein, *La Clinique*, 1829, t. V, p. 57.
(2) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 295, 53e obs.
(3) Berton, *Maladies des Enfants*, 33e obs., p. 172.
(4) Dance, *Archives*, 1829, t. XXI, p. 528.

CCCXI[e] Obs. — Pierre Grenot, âgé de vingt ans, de La Rochelle, ferblantier, éprouvait, dans le mois de mars 1860, des douleurs lombaires, de la céphalalgie, des vertiges, à la suite d'un voyage assez long fait à pied. (Sangsues à l'anus et un purgatif.) L'état s'aggrave rapidement, le délire se manifeste. Entré à l'hôpital Saint-André, le 5 avril : Pouls mou, plein, 70; face pâle, exprimant la stupeur; réponses vagues, quelquefois cependant assez justes; parfois le sujet garde le silence, semble réfléchir, puis il fait une réponse qui n'a aucun rapport avec ce qu'on lui a demandé; pupilles dilatées, se contractant sous l'influence de la lumière; langue très blanche, bouche amère, nausées, ventre non météorisé, pas de diarrhée. — 6, soubresauts des tendons. (Infusion de valériane, potion avec la teinture de musc.) — 7, assoupissement. — 8, 9, pouls petit, irrégulier, 90; paroles incohérentes, cris, agitation des mains, carphologie, pupilles contractées. — 10, gargouillement à la fosse iliaque droite, point de taches lenticulaires ni de météorisme, roideur des membres, soubresauts des tendons; deux pustules d'ecthyma paraissent sur la main droite; délire. — 11,12, pouls 120, plein, régulier; face colorée, contractions spasmodiques dans tous les membres, soubresauts des tendons; langue blanche, humide. (Infusion de valériane, potion avec teinture de musc.) — 13, rigidité tétanique de tous les muscles, tête fortement inclinée du côté droit et demeurant immobile; paupières fermées, pupilles non contractiles; la lumière impressionne douloureusement les yeux; de légers mouvements convulsifs se manifestent parfois dans les muscles de la face, tirant en haut et en dehors les commissures labiales. Un peu de pulvérulence des narines. Les pustules d'ecthyma se multiplient sur les membres; la vessie, distendue par l'urine, ne se vide que par regorgement. Parole nulle, ouïe conservée; pouls à 130. — 14, strabisme divergent. — 15, mort.

Nécropsie. — Les vaisseaux qui rampent à la surface de la dure-mère crânienne sont gorgés de sang, surtout à la région antérieure. L'arachnoïde et la pie-mère ne sont que médiocrement injectées; elles se détachent facilement de la substance cérébrale, et paraissent être à l'état normal. Les glandes de Pacchioni sont plus développées qu'à l'ordinaire. Adhérence des lobes antérieurs à la faux du cerveau. Substance médullaire de consistance naturelle, mais parsemée de points rouges nombreux. Ventricules latéraux distendus par 40 grammes d'une sérosité limpide; la membrane interne de ces cavités est manifestement épaissie et assez consistante; ses vaisseaux sont injectés. La voûte à trois piliers et le septum lucidum ne sont que légèrement ramollis; le filet d'eau qu'ils reçoivent n'entraîne aucune portion de leur tissu. Corps

striés, couches optiques, cornes d'Ammon, sans altération. Intégrité du pont de Varole et du cervelet.

Arborisation de la muqueuse intestinale. Nulle altération des plaques de Peyer. Les follicules de Brunner semblent augmentés de volume. État normal des poumons et du cœur.

CCCXII[e] Obs. — Femme, vingt-deux ans, lymphatique. Tumeur blanche du genou, névralgie sciatique. 1[er] juin, céphalalgie frontale, vomissements, fièvre; abdomen douloureux; parole gênée, puis nulle; pouls lent et plein; intellect obtus, cris, yeux fixes, paupières abaissées. Pouls très fréquent; coma, dysphagie, convulsions, insensibilité. Mort le 10. — Arachnoïde rouge, épaissie, sur la face inférieure des deux lobes antérieurs, sur le chiasma, dans l'intervalle des pédoncules, et avec exsudation séro-gélatineuse. Dans les ventricules, beaucoup de sérosité rougeâtre et de flocons albumineux. Arachnoïde ventriculaire distincte, épaisse, semblable à une pulpe gélatineuse d'une demi-ligne d'épaisseur. Septum et voûte non ramollis. Poumons tuberculeux (1).

CCCXIII[e] Obs. — Femme, vingt-cinq ans. Syphilis, céphalalgie. 12 octobre, accès de fièvre intermittente, irrégulière; douleur à l'occiput, sur les côtés du cou, dans les membres, à l'épigastre; vomissements, langue sèche et brune, délire, stupeur, assoupissement, yeux en haut, strabisme, pouls très petit et très fréquent. Mort le trente-cinquième jour. — Ventricules cérébraux distendus par beaucoup de sérosité limpide, et contenant dans leurs parties les plus déclives une assez grande quantité de pus verdâtre et bien lié; le quatrième en est rempli. La membrane qui les tapisse est opaque, épaissie. Plexus choroïdes infiltrés de pus. Sur la protubérance, le cervelet, etc., pus dans les méninges (2).

CCCXIV[e] Obs. — Femme, trente-trois ans. Février, suppression des règles, céphalalgie, paralysie de la paupière supérieure gauche, coma, convulsions, perte des sens et de l'intellect, pupilles dilatées, cou roide, respiration profonde, retour de l'intelligence; pupille gauche dilatée, motilité conservée, bouche tirée à droite. Mort le vingtième jour. — Arachnoïde de la base, opaque, infiltrée, dense, épaisse. Dans le ventricule gauche, demi-once de sérosité; moins dans le droit. Les parois sont ramollies. L'arachnoïde qui les tapisse est granuleuse à sa surface, dense, et peut se détacher (3).

CCCXV[e] Obs. — Femme, quarante ans. Contracture du sterno-

(1) Paillard, *Revue médicale*, 1826, t. III, p. 278.

(2) Deslandes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, n° 119, p. 9.

(3) Martinet, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1823, t. I, p. 437.

mastoïdien, perte de la parole. — Cerveau consistant. Pie-mère et arachnoïde épaissies. Beaucoup de sérosité dans les ventricules, dont a surface interne est couverte d'une éruption vésiculeuse; les vésicules sont transparentes et ne contiennent que de la sérosité ([1]).

CCCXVI[e] Obs. — Homme, cinquante ans, sanguin, robuste, travaux rudes. Pneumonie. Quatrième jour, céphalalgie, face animée, dyspnée, toux, crachats sanglants. Seizième jour, tristesse, abattement, réponses difficiles, troubles de l'intellect. Carphologie, soubresauts des tendons, respiration difficile; battements du cœur et des jugulaires. Mort le vingtième jour. — Rougeur et épaississement de l'arachnoïde de la convexité, avec sérosité trouble. Ventricules latéraux dilatés, remplis de sérosité purulente; leur membrane interne est rouge, injectée, et offre des granulations à sa surface. Poumons hépatisés et avec quelques tubercules ([2]).

CCCXVII[e] Obs. — Homme, cinquante-un ans, robuste. Longs chagrins. Troubles intellectuels. 27 juin, face rouge; yeux ternes, injectés; paupière droite relâchée, bouche déviée à gauche, langue sèche, assoupissement, paroles nulles ou loquacité, tremblement des doigts, soubresauts des tendons, force égale des deux mains; délire, coma, spasmes, puis intellect libre, mais réponses très lentes. Bouche non déviée, rétention d'urine, stupeur, réponses embarrassées et peu justes. Pouls non fréquent, chaleur naturelle, affaissement des traits. Mort le septième jour. — Arachnoïde épaissie et résistante sur les hémisphères; pie-mère infiltrée d'une sérosité épaisse et purulente. Ventricules latéraux très dilatés par une sérosité lactescente. L'arachnoïde qui les tapisse est rugueuse, couverte dans toute son étendue de petits tubercules brillants comme des grains de sable très fins; le troisième et le quatrième ventricules en sont également couverts, ce qui donne à cette membrane un aspect chagriné. Muqueuse de l'estomac et des intestins grêles épaissie et d'un rouge brun ou grisâtre ([3]).

CCCXVIII[e] Obs. — M..., négociant, cinquante-un ans, constitution éminemment nerveuse, fort intelligent, petit, maigre, avec légère déviation latérale du rachis. Fièvre, douleur épigastrique, vomissements, toux sèche, dyspnée. (Sangsues à l'épigastre, puis à l'anus; émollients.) Diarrhée; pouls toujours plein, dur et fréquent. Les voies digestives se sont améliorées. En août, première attaque de goutte aux pieds et aux genoux; deuxième attaque en octobre. Les forces n'étaient pas rétablies; dyspnée, palpitations de cœur, sans

([1]) Lebert, *Physiologie pathologique*, t. II, p. 66.

([2]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 282, 49e obs.

([3]) *Idem, ibidem*, p. 288.

toux ni expectoration; fièvre irrégulière, mais à peu près continue. En novembre, insomnie, mal de tête. (Quelques sangsues à l'anus, boissons délayantes, cataplasmes sinapisés aux pieds, etc.) Dans la nuit du 23 et la suivante, délire. Le 25, au milieu du jour, agitation, délire violent, palpitations de cœur très fortes, sans bruits particuliers. (Sangsues sur la région précordiale, antispasmodiques.) 26, aucune amélioration. 27, 28, délire continuel, paroles entrecoupées, incohérentes, mais distinctes, puis mal articulées; enfin mussitation. État normal des pupilles; les sens et l'intelligence se sont maintenus. Le malade fait voir sa langue jusqu'à la veille de sa mort. Cet organe était peu rouge sur les bords; il y avait un léger enduit au milieu; la déglutition a toujours été facile. Il n'y a eu ni paralysie, ni mouvements convulsifs, ni contracture; la constipation était opiniâtre, l'urine rendue involontairement. Le pouls, fréquent et plein, était de moins en moins dur. (Vésicatoires aux cuisses, à la nuque.) Mort le 29 novembre.

Nécropsie. — Vaisseaux cérébraux engorgés de sang; ceux de la pie-mère très injectés, surtout dans les anfractuosités. Substance cérébrale peu consistante en général. Les ventricules latéraux sont remplis d'environ 150 grammes de sérosité limpide. Les parois de ces cavités sont ramollies, surtout en arrière, ainsi que le trigone cérébral. La membrane séreuse des ventricules, épaisse, distincte, se sépare en entraînant une lame mince de la substance médullaire. Le plexus choroïde est sain. L'arachnoïde et la pie-mère sur le mésocéphale, les pédoncules, les tubercules pisiformes, etc., sont injectées, rouges, épaisses, mais non infiltrées. La glande pinéale est plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Une once et demie de sérosité dans le péricarde. Cœur sain, mais son ventricule gauche est épais et le droit très mince. Poumons secs, d'un gris ardoisé avec des taches noirâtres nombreuses, et une sorte de mélanose en certains endroits. La plèvre des deux côtés est très épaisse, et de consistance presque fibro-cartilagineuse; ses deux feuillets sont adhérents. Estomac sain, foie volumineux, sain; intestins d'une couleur grise ardoisée par intervalles, mais pas de traces d'inflammation.

CCCXIX[e] Obs. — Homme, soixante-douze ans, autrefois scrofuleux. Sa santé décline depuis deux ans. Voyage en août; pas d'excès; céphalalgie. 17 mai, réveil dans la nuit avec une forte douleur de tête et au côté droit du corps; perte de la parole et de l'usage du côté gauche du corps; urine involontairement rendue, déglutition impossible; respiration stertoreuse et lente, main droite en mouvement continuel, souvent portée au front, dont la peau rougit par la pression des doigts; paupières fermées, pupilles contractées, intellect affaibli; pouls 60, plein et régulier; moiteur à la peau, bras droit en

mouvement continuel; pouls 48, peu plein. 19 mai, pouls 76, irrégulier; respiration 38; mort le soir. — Pas de vascularité notable de la dure-mère; inflammation de la pie-mère; effusion de sérosité claire sous l'arachnoïde Dans le ventricule droit, petite quantité de sérosité limpide; dans le gauche, beaucoup plus de sérosité; il est très élargi dans sa partie inférieure, où il y a une once et demie de sérosité. Adhérence du septum avec la voûte à trois piliers dans sa partie antérieure (1).

Deuxième Série. — *Méningite exclusivement ventriculaire.*

CCCXX^e^ Obs. — Fille, deux ans. Fièvre continue, amaigrissement. 2 août, face altérée, pupilles dilatées, immobiles; cris aigus, assoupissement; on obtient difficilement quelques réponses. Mort le troisième jour. — Cerveau ferme, bombé, sans traces d'inflammation; ventricules dilatés par huit onces de sérosité limpide; l'arachnoïde qui les tapisse est épaissie et forme une sorte de doublure (2).

CCCXXI^e^ Obs. — Garçon, cinq ans, constitution nervoso-sanguine. Céphalalgie, tristesse, face colorée, yeux rouges, brillants; pupilles contractées, langue rouge, sèche. Le bruit est incommode; mauvaise humeur, supination, stupeur, paupières écartées, rotation des globes oculaires; les pupilles se dilatent un peu et sont mobiles; vue, ouïe obtuses; physionomie analogue à celle de l'ivresse; pouls fréquent, dur, inégal, intermittent, respiration accélérée, inégale; mouvements convulsifs, tête tirée en arrière, peau chaude au tronc, froide à la face, aux extrémités. Mort le douzième jour. — Méninges dans l'état normal; ventricules latéraux contenant trois onces de liquide trouble; l'arachnoïde qui les tapisse est un peu épaissie; plexus choroïdes injectés (3).

CCCXXII^e^ Obs. — Fille, huit ans, épistaxis fréquentes. Décembre, céphalalgie, vomissements, insomnie, face rouge, yeux vifs, constipation. Assoupissement, agitation; pouls lent, intellect troublé, parole difficile, brusque; cou roide. Fièvre, délire, loquacité, agitation, assoupissement, mouvements irréguliers des bras; yeux tournés en haut, immobiles; pupilles très dilatées, stertor. Mort le quatorzième jour. — Quatre à cinq onces de sérosité limpide dans les ventricules latéraux, dont la membrane interne a doublé d'épaisseur et de résistance; cerveau de consistance ordinaire (4).

(1) Cheyne, *On Apoplexy*, p. 125. (Copeman, p. 100.)
(2) Bricheteau, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, n° 203, p. 39.
(3) Baudin, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1822, n° 43, p. 14.
(4) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, 46e obs., p. 274.

CCCXXIII^e OBS. — Garçon, neuf ans, intelligent, tête volumineuse. Scarlatine il y a un an, non suivie d'anasarque; chute. 12 novembre, douleur vive au côté gauche de la tête, diplopie, sensibilité des yeux; strabisme, rotation de la tête sur l'oreiller; plaintes, pas de réponses, pupilles inégales, pouls 64; mains contractées ou membres étendus et raides; grincement de dents. Face pâle, yeux enfoncés, à demi fermés. Convulsions générales, puis bornées au côté droit, le gauche paralysé; coma. Mort le 25 novembre. — Pas de lésion extérieure; cerveau large, arachnoïde légèrement poisseuse, substance cérébrale molle et hyperémiée. Les ventricules contiennent du liquide, et leur intérieur, vers la corne antérieure, est un peu granuleux. Rien à la base, pas de tubercules [1].

CCCXXIV^e OBS. — Marie Valla, dix ans, de Chillac (Charente), demeurant à Bordeaux, est d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique. Elle a été traitée et guérie de la teigne. Elle a eu, il y a un mois, la rougeole. Depuis six jours, elle éprouve une céphalalgie, dont l'intensité va toujours en augmentant et produit une insomnie persistante. Cette enfant est reçue dans le service de la clinique interne de l'hôpital Saint-André, le 4 février 1841. On constate l'état suivant : Face peu colorée; pouls peu développé, fréquent; céphalalgie intense, pupilles dilatées; cependant la vue n'en est pas diminuée; décubitus sur le côté gauche, immobilité presque continuelle; pas d'appétit, abdomen indolore, selles régulières; ni toux, ni expectoration. (Tisane, pédiluve, six sangsues à l'anus, diète.) Le soir, pouls fréquent, céphalalgie intense. — 5, vomissement, malaise, plaintes, céphalalgie. Pas de douleur épigastrique, odeur désagréable de l'haleine; constipation; moins de fièvre qu'hier. (Huit sangsues appliquées successivement à la nuque ou derrière les oreilles, vésicatoires aux jambes; calomel, 0,50; tisane, lait, bouillon.) Soir, céphalalgie, fréquence du pouls, 90. Vomissement de la tisane, pas de selle, céphalalgie, pas de douleur à l'épigastre. La lumière ne fatigue pas les yeux. (Raser la tête, la couvrir d'un cataplasme émollient, appliquer des cataplasmes sinapisés aux pieds; calomel, 0,60, en trois doses.) — 7, les pupilles sont moins dilatées; une selle a été rendue. Il y a un peu de tension à l'hypogastre, moins de plaintes. Pouls toujours fréquent, 84. (Cataplasmes sur la tête, tisane de chiendent nitrée et miellée, lait, pédiluves sinapisés, lavement émollient, bouillon.) Soir, la céphalalgie a diminué; pas de vomissement; pouls encore fréquent. — 8, moins de céphalalgie; fièvre; pas de selle; pupilles peu dilatées; mouvements du cou douloureux, abdomen indolore, région hypo-

[1] Sam. Wilks, *Guy's hospital Reports*, 3e série, t. VI, 1860, p. 116.

gastrique moins tendue. A onze heures du matin, convulsions affectant surtout le côté droit de la face et du tronc. Pupilles largement dilatées. A trois heures, paralysie complète du même côté, perte de la vue, de la parole; réponses absolument nulles; pouls très fréquent. (Large vésicatoire sur tout le cuir chevelu.) — 9, pupilles très larges et immobiles; pouls presque imperceptible, refroidissement des membres droits. Mort à trois heures du soir.

Nécropsie. — Amaigrissement médiocre, rigidité musculaire assez prononcée des deux côtés, abdomen un peu tendu. Peu de sang entre le crâne et la dure-mère, accumulation de sang noir dans la partie postérieure du sinus longitudinal supérieur et dans les sinus de la base du crâne; un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne; point de granulations dans les méninges. Substance cérébrale généralement assez ferme, peu injectée. Une once et demie environ de sérosité dans les ventricules latéraux et moyen. Ramollissement marqué de la voûte. Cloison déchirée dans sa partie moyenne; les bords de la perforation sont frangés et nagent dans le liquide. Les ventricules latéraux sont distendus, particulièrement dans leur excavation digitale; la séreuse qui les tapisse est épaisse en ce point et se détache avec facilité; les vaisseaux qui rampent sous cette membrane sont rendus très apparents par le sang qui les remplit. Rien de particulier dans le corps calleux, dans les couches optiques, ni dans les corps striés. Cervelet, mésocéphale et bulbe rachidien à l'état normal. La dure-mère de la base du crâne est légèrement rosée sur sa face viscérale. Sérosité accumulée vers le trou et les fosses occipitales inférieures. Cœur normal. Poumon droit sain. Dans la partie la plus supérieure du poumon gauche, qui était adhérente, on voit un grand nombre de granulations dures et d'apparence fibro-cartilagineuse, variant, quant au volume, entre un grain de millet et un grain de maïs; parmi ces petits tubercules, il s'en trouve deux ou trois qui sont réduits en un pus jaunâtre, concret. Le reste du poumon est sain. Dans la partie supérieure du médiastin antérieur, au-devant de la trachée, entre les vaisseaux qui partent de la crosse aortique, existe une tumeur à trois lobes, dont deux sont inférieurs. Chaque lobe est formé par une membrane consistante, renfermant dans son intérieur une sorte de substance stéatomateuse; il y a une légère teinte rougeâtre sur l'inférieur gauche. Estomac rétréci, plis longitudinaux dans son intérieur; la muqueuse est ramollie et offre des traces de phlogose. Foie et rate sains. Intestin grêle fortement injecté sur diverses zones; mais la muqueuse est dans son état normal. Ganglions mésentériques un peu engorgés.

CCCXXV[e] Obs. — Fille, dix ans et demi, intelligente, bien déve-

loppée; céphalalgie subite, vomissement, crainte du bruit et de la lumière. Quatrième jour, convulsions générales. Septième, surdité. Dix-huitième, pouls régulier et lent. Cinquante-deuxième, affaiblissement de l'intelligence. Soixante-troisième, état d'idiotisme. Soixante-dix-huitième, faiblesse du côté droit. Troisième mois, retour des vomissements, mouvements convulsifs. Mort dans le quatrième mois. — Inflammation de la membrane des ventricules cérébraux, avec épanchement de 300 grammes d'un liquide transparent, mais fortement albumineux [1].

CCCXXVI[e] Obs. — Tailleur, dix-neuf ans. Novembre 1856, céphalalgie, vomissement de toute substance ingérée. (Purgatif, saignée.) Le mal augmente. Fièvre, assoupissement, stupeur, divagations. Le malade avale, mais il faut le faire manger comme un enfant. Urine naturelle rendue involontairement, assoupissement profond le jour, insomnie la nuit, respiration naturelle. Mort le quinzième jour. — Sinus et veines pleins de sang, sérosité jaunâtre dans le ventricule gauche, qui contient en outre une humeur purulente épaisse, comme une pâte délayée dans une eau trouble. Le ventricule droit contient moins de cette matière, qui a coulé dans le troisième ventricule; le quatrième est vide. La surface interne des ventricules est rugueuse, inégale et molle; lorsqu'on enlève légèrement le pus qui la recouvre, cette substance se montre privée de sa blancheur ordinaire; elle a la teinte fauve de la substance corticale. A la partie supérieure du ventricule droit, quelques adhérences sont établies par une matière purulente concrète; les plexus choroïdes en sont enveloppés. Dans le péricarde, eau jaune limpide [2].

CCCXXVII[e] Obs. — Lapidaire, vingt-un ans; intoxication saturnine. Douleurs abdominales, constipation. 21 avril, fièvre, tristesse. 26, décubitus dorsal, regard fixe, pupilles contractées, surtout la gauche; tête renversée en arrière, résistance à la flexion du cou; pas de réponse aux questions, mais de temps à autre paroles incohérentes; efforts pour sortir du lit, agitation, cris. 27, assoupissement, insensibilité, pouls peu fréquent, peau peu chaude, légers signes d'intelligence, apyrexie. 30, agitation, délire, ventre ballonné. 1[er] mai, carphologie, tête en arrière, pupilles dilatées, pouls très fréquent. 2, tête portée à droite et à gauche, gémissements, secousses comme tétaniques du tronc et des membres, mouvements énergiques du cœur. Mort. — Partie supérieure du cerveau normale; dans les ventricules latéraux, beaucoup de sérosité trouble et contenant des flocons albumineux. Des parois on détache une membrane mince

(1) Rilliet, *Archives*, 4e série, t. XV, p. 431.
(2) Wepfer, *Obs. anat. ex cadav. Apoplexia*, p. 432.

que parcourent des vaisseaux injectés, et sur laquelle existent de petits corps grisâtres, du volume d'une tête d'épingle. Poumons tuberculeux ([1]).

CCCXXVIII[e] Obs. — Homme, vingt-neuf ans. 21 décembre, céphalalgie sus-orbitaire; lassitude, anorexie. 27, douleur à l'épigastre. 1[er] janvier, face pâle, traits tirés, paupières appesanties, stupeur, céphalalgie parfois générale, langue rouge et sèche, constipation, pouls fréquent et développé, peau chaude et sèche; rétention d'urine, sang non couenneux, sommeil agité par des rêves. 3, prostration, réponses lentes et pénibles. 5, délire. 8, coma, résolution des bras, respiration haute, bruyante, accélérée ou ralentie, pouls 120, soubresauts des tendons. Mort. — Dans les ventricules latéraux beaucoup de sérosité lactescente, avec flocons albumineux; parois ramollies et diffluentes depuis la cavité ancyroïde jusqu'à l'extrémité antérieure. Taches rouges dans l'estomac ([2]).

CCCXXIX[e] Obs. — Femme, quarante ans, ulcère cancéreux à une jambe; amputation. Quelques jours après, fièvre, parotide qui se tuméfie et s'affaisse. Écarts de régime, fièvre, etc. Au bout de trois mois, symptômes apoplectiques, délire, convulsions, hémiplégie droite. — Ventricule latéral gauche du cerveau rempli d'une grande quantité de pus ([3]).

CCCXXX[e] Obs. — Portefaix, quarante-un ans, forte constitution, excès récents de boisson et de femmes. Céphalalgie, sommeil agité, frissons, vomissements, fièvre. Troisième jour, assoupissement, yeux tournés en haut, pupilles dilatées, peau chaude, halitueuse; pouls irrégulier, non fréquent; réponses faciles, sensibilité conservée, répugnance pour le mouvement, douleur aux régions mastoïdiennes. (Sang couenneux, caillot consistant.) Perte de connaissance, délire, vociférations, urines et selles involontaires. Quatrième jour, pouls irrégulier, fréquent, dépressible; regurgitation des boissons, pupille droite moins dilatée que la gauche, roideur du cou, évacuations sans conscience. Cinquième jour, pouls lent, faible, intermittent; assoupissement, sensibilité diminuée, tête en arrière, yeux en haut et en dehors, roulants; mouvements continuels de déglutition, respiration lente et superficielle, vomissements, révasseries, coma, mort. — Arachnoïde de la convexité et de la base saine, substance cérébrale peu consistante, circonvolutions déplissées. Ventricules latéraux contenant chacun trois onces de sérosité trouble, analogue au petit lait non clarifié; un fluide jaune-verdâtre moins liquide est étendu

([1]) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 83.
([2]) *Idem, ibidem*, t. V, p. 76.
([3]) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, epist. V, n° 4.

sur les parois, dont l'arachnoïde est épaissie et parsemée de petites granulations sensibles au toucher; elle peut se détacher par lambeaux. Même état dans le troisième ventricule. Le quatrième est rempli d'une matière tout à fait purulente qui adhère à la membrane ventriculaire, épaissie et laiteuse. Plexus choroïdes injectés et présentant quelques vésicules aqueuses. Estomac rouge à sa surface interne et au cardia (1).

CCCXXXIe Obs. — Homme, quarante-cinq ans, maigre et grand. Il y a dix ans, fièvre grave. Il y a un an, chagrin profond, stupidité. Face rouge, céphalalgie, yeux abattus, surdité. Parole difficile, tremblements convulsifs et roideur des membres, revenant par accès irréguliers ou en type quarte. Amaigrissement, faiblesse, soubresauts des tendons; pouls 55 à 60; sueurs générales, déjections involontaires. — Sérosité dans l'arachnoïde, pie-mère infiltrée, cerveau mou; quatre onces de sérosité dans le ventricule latéral droit. Plexus choroïde d'un rouge vif et adhérant, dans toute son étendue, à la paroi externe de cette cavité; moins de sérosité dans le ventricule gauche, dont le plexus choroïde offre la même altération. Septum intact, toile choroïdienne très rouge, veines de Galien très gorgées de sang, points rouges nombreux sur le corps strié droit (2).

CCCXXXIIe Obs. — Marchand de vin, quarante-cinq ans, de forte constitution. Depuis six mois, marche peu solide, jambe droite faible, parole difficile, intellect obtus, bouche déviée à gauche, langue à droite, joue droite flasque, pouls plein, 60, 80; yeux sensibles, agitation, délire, face stupide, secousses des membres comme par commotion électrique; teinte jaunâtre de la peau, langue brune et sèche, hémiplégie droite. Durée de la maladie, sept mois. — Trois onces de sérosité dans le ventricule droit, cinq dans le gauche. Membrane interne résistante, de couleur terne, parsemée d'un nombre considérable d'aspérités semblables à des petits grains de sable du volume d'une tête d'épingle, dures, solides, résistantes, rapprochées, même confluentes, développées dans l'épaisseur de la membrane; on en voit dans les troisième et quatrième ventricules et sur le septum. Plexus choroïdes formant deux cordes dures, tordues, renflées, rétrécies d'espace en espace en forme de chapelet (3).

CCCXXXIIIe Obs. — Homme, quarante-huit ans, fièvre continue. Face animée, colorée; langue sèche, soif vive, constipation, sueurs passagères; pouls fréquent, résistant, plein, sec, dur. Surdité,

(1) Gendrin, dans Abercrombie, *Maladies de l'Encéphale*, obs. XLV *bis*, p. 173.
(2) Raikem, *Répertoire d'Anatomie* de Breschet, 1826, t. I, p. 112.
(3) Dance, *Archives de Médecine*, 1829, t. XXII, p. 48.

éruption aux lèvres, toux rare, faiblesse. — Quatre onces de pus dans le ventricule latéral gauche du cerveau, dont la membrane interne est enflammée (1).

Résumé des faits relatifs à la méningite ventriculaire.

I. 33 observations appartiennent à cette localisation; 19 au premier groupe, dans lequel, indépendamment de l'épendyme, les méninges périphériques étaient enflammées, et 14 au second, dans lequel les ventricules étaient le siége exclusif de la phlegmasie.

II. Elles ont été fournies par 19 individus du sexe masculin et 13 du sexe féminin.

III. Quant à l'âge :

2	individus	avaient	moins d'un an.
11	—	—	de 1 à 10 ans.
4	—	—	de 11 à 20 —
4	—	—	de 21 à 30 —
3	—	—	de 31 à 40 —
5	—	—	de 41 à 50 —
2	—	—	51 ans.
1	—	—	72 —

IV. Les maladies antérieures ont été la teigne, la rougeole, la scarlatine. Un individu était aliéné, un autre atteint de paralysie générale.

V. Les causes paraissent avoir été des excès de divers genres (CCCXXX), des travaux pénibles (CCCXVI), des chagrins (CCCXVII), la suppression des règles (CCCXIV), etc.

VI. Le début a été rapide ou lent, signalé par une fièvre intense, la céphalalgie, etc.

VII. Les symptômes n'ont pas offert de différences très sensibles dans les deux groupes; seulement, quelques légères nuances peuvent être saisies, et, pour les mieux apprécier, il ne faut pas perdre de vue le nombre des faits sur lesquels doit s'exercer la comparaison.

La céphalalgie a été plus ou moins intense, frontale ou

(1) Bayle et Chomel, *Constitution médicale de 1814*. (*Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XXXII, p. 143.)

temporale : 11 fois dans le premier groupe, 10 fois dans le second; les enfants très jeunes ne comptent pas.

Le délire a eu lieu 6 fois dans le premier, 8 dans le second, ce qui donne une proportion beaucoup plus forte pour ce dernier. Ainsi, le délire, symptôme rapporté surtout à la méningite de la convexité, s'est manifesté dans plus de la moitié des cas d'épendymite.

La parole a été lente, embarrassée ou nulle dans les deux séries, surtout dans la première.

Les malades ont poussé des cris, des gémissements, peut-être moins caractéristiques que dans les autres espèces.

L'agitation n'a pas été non plus très fréquente, surtout dans la première série.

Les convulsions et les mouvements convulsifs ont eu lieu 11 fois dans la première, 7 fois dans la seconde. Ils ont été quelquefois bornés à un côté, ou aux membres supérieurs, ou à un membre. Il y a eu d'autres fois moins de véritables convulsions que des secousses, comme tétaniques (CCCXXVII) ou comme électriques (CCCXXXII).

Les soubresauts des tendons ont été notés un petit nombre de fois dans les deux groupes, le resserrement des mâchoires dans quatre cas du premier, point dans le second.

Dans les deux, les malades ont eu parfois la tête portée en arrière et retenue dans cette position par une roideur musculaire, qui ne pouvait être vaincue sans occasionner de vives douleurs. Mais dans deux cas du second groupe, la tête roulait alternativement à droite et à gauche (CCCXXIII, CCCXXVII).

La contracture, ou du moins la rigidité des membres, ou seulement des mains ou des doigts, a été notée dans quelques cas des deux groupes. J'ai vu une rigidité tétanique générale avec inclinaison de la tête d'un côté (CCCXI).

La stupeur a été manifeste chez quelques sujets; l'assoupissement, le coma, ont été notés 8 fois dans le premier groupe, 7 fois dans le second.

Dans les deux, les yeux ont été parfois fixes, dirigés en

haut; les pupilles dilatées 6 fois dans le premier, 5 fois dans le second, alternativement resserrées et dilatées 3 fois, enfin resserrées d'une manière continue 1 fois dans chaque groupe. Leur état normal, dans tout le cours de la maladie, a été constaté 3 fois.

Le strabisme n'a été observé que 4 fois, dont 1 seulement à la fin (CCCXI).

La paralysie s'est ainsi manifestée : 2 fois la paupière supérieure d'un œil a été relâchée et la face était paralysée du même côté (CCCXIV, CCCXVII). L'hémiplégie a eu lieu 2 fois dans le premier groupe (CCCV, CCCXIX) et 5 fois dans le second (CCCXXIII, CCCXXIV, CCCXXV, CCCXXIX, CCCXXXII); dans l'un de ces cas, il y avait convulsion du côté droit et paralysie du côté gauche. On a remarqué une fois la résolution des membres supérieurs (CCCXXVIII).

La sensibilité s'est montrée obtuse dans l'un et dans l'autre groupe (CCCVI, CCCXII, CCCXXVII).

Les vomissements ont été observés 8 fois dans le premier groupe, 6 fois dans le second.

Le pouls a été d'abord lent, puis fréquent dans quelques cas, plus souvent fréquent dans tout le cours de la maladie.

Les autres symptômes n'ont rien offert de particulier; mais on remarquera peut-être qu'une sorte de tache méningitique fut constatée par Cheyne chez un homme très âgé (CCCXIX). Elle a été notée chez un enfant (CCCVI).

VIII. La marche de la maladie a été généralement aiguë, et même, dans quelques cas, d'une extrême rapidité, puisque la mort est survenue en peu d'heures (CCCI, CCCVI, CCCVII, CCCX). Elle a eu lieu le troisième jour, le cinquième, le sixième, le huitième, le dixième, le onzième, le quatorzième, le quinzième, le dix-huitième, le vingtième (CCCXIV, CCCXVI), le vingt-unième (CCCIV), le trente-cinquième (CCCXII).

Dans quelques cas, la maladie a suivi une marche chronique et a duré quatre mois (CCCV, CCCVI), sept mois (CCCXXXII), un an (CCCXXXI).

IX. Les altérations constatées après la mort ont été

dans le premier groupe plus ou moins analogues à celles des précédentes variétés; mais de plus, et exclusivement, dans le second groupe, elles ont porté sur l'état spécial des ventricules et de la membrane qui les tapisse.

Les ventricules ont contenu de la sérosité en plus ou moins grande quantité. Cette sérosité était limpide, souvent trouble, grisâtre ou lactescente (CCCIII, CCCVII, CCCXVII, CCCXXVII, CCCXXVIII), chargée de flocons comme albumineux (CCCXII, CCCII, CCCXXVIII, CCCXXVII), ou mêlée de pus (CCCIV, CCCXXVI, CCCXIII), ou d'une matière jaune-verdâtre appliquée contre les parois (CCCXXX).

Dans quelques cas, l'un des ventricules était plus affecté que l'autre, circonstance qui coïncidait avec la manifestation des convulsions (CCCVII) ou de la paralysie du côté opposé (CCCXXIX, CCCXXXII); ou bien quelques points de la cavité ventriculaire étaient le siége spécial de la lésion, comme les cornes antérieures ou la cavité digitale.

La membrane interne était le plus souvent épaissie, quelquefois assez dense, et susceptible de se détacher des parois. Elle était quelquefois rouge, injectée, parcourue par des vaisseaux distincts (CCCXVI, CCCX, CCCIV, CCCXXVII).

Une lésion fort remarquable, souvent offerte par cette membrane ou épendyme, a consisté en de petites saillies ou aspérités (CCCIX, CCCXVI, CCCXVII, CCCXIV, CCCIV, CCCVI, CCCIII, CCCXXVI, CCCXXIII, CCCXXX), solides et dures (CCCXVII, CCCXXXII), ou vésiculeuses (CCCXV). Dans un cas, on a pu les considérer comme des rudiments de fausse membrane (CCCXXVII). J'ai rencontré plusieurs fois, même en l'absence de méningite, de ces points saillants sur la membrane interne des ventricules; ils étaient isolés, de la grosseur d'une tête de petite épingle, solides, quelquefois plus distincts au toucher qu'à la vue, sans rougeur, sans autre altération des parois ventriculaires, et très différents des granulations de la méningite granuleuse ou tuberculeuse. Peut-être l'épendymite active-t-elle le développement de ces petits points granuleux, comme la méningite de la con-

vexité provoque le grossissement des glandes de Pacchioni.

La surface interne des ventricules a présenté chez quelques sujets une fausse membrane (CCCII, CCCVII). On a vu des brides membraneuses entre le corps strié et le septum lucidum (CCCVII), et des adhérences entre celui-ci et la voûte à trois piliers (CCCXIX).

Les plexus choroïdes ont aussi contracté des adhérences avec les parois ventriculaires (CCCXXXI); ils étaient infiltrés de pus (CCCXIII) ou pénétrés d'une matière gélatino-purulente (CCCXXII), ou enveloppés d'une couche de pus concret (CCCXXVI), ou enfin tendus, tordus comme des cordes, et garnis de nodosités (CCCXXXII).

Quelques sujets ont offert des tubercules dans les poumons (CCCXVI, CCCXII, CCCVI, CCCXXIV), des granulations dans le péricarde et le péritoine (CCCVII).

J'ai trouvé, comme coïncidence, une tumeur solide intra-thoracique (CCCXXIV), genre de lésion assez rare [1].

5e SECTION. — MÉNINGITE CÉRÉBELLEUSE.

Dans l'espèce actuelle, la méningite a pour siége principal ou même exclusif la périphérie du cervelet. Il y a eu parfois extension de la phlegmasie dans les méninges du mésocéphale.

CCCXXXIVe Obs. — Fille, deux ans et demi; coxalgie, pleurésie. Juin, coma, diarrhée, inappétence, fièvre, strabisme divergent de l'œil droit, convergent du gauche, convulsions des deux côtés de la face et des membres gauches. Mort le treizième jour. — Sur l'hémisphère gauche du cerveau, quelques plaques blanches; sur le vermis supérior du cervelet, une sorte de pseudo-membrane, dense, jaunâtre, résistante, qui s'étend en s'amincissant jusqu'à la protubérance et sur les lobes cérébelleux; elle est déposée dans la pie-mère, et pénètre entre les lamelles du vermis. Cerveau sain [2].

CCCXXXVe Obs. — Garçon, cinq ans, faible. Convulsions, pouls vif, plein; peau chaude, yeux incertains, vue troublée, pupilles dilatées, strabisme, délire, selles verdâtres, érection, main portée

[1] Mon fils en a réuni plusieurs observations dans sa Thèse inaugurale. Paris, 1845.

[2] Lala, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855, p. 237.

aux parties sexuelles, mouvements libres des membres droits, coma, paralysie incomplète du côté gauche. Mort le septième jour. — Injection des vaisseaux, peu de sérosité dans les ventricules latéraux, épaississement considérable de l'arachnoïde autour du lobe droit du cervelet, avec filaments albumineux; teinte rosée du quatrième ventricule. Quatre onces de sérosité à la base du crâne ([1]).

CCCXXXVI[e] Obs. — Fille, dix ans, tante phthisique. Bronchite, chute, tête heurtée; céphalalgie, vomissements, constipation, sommeil agité, inappétence, ouïe dure, vision altérée, incomplète; perte de connaissance, coma, pupilles très dilatées, immobiles; tremblement, puis extension permanente, convulsions des muscles gauches. Mort le vingt-unième jour. — Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne générale; substance cérébrale un peu ramollie, sérosité dans les ventricules. Sous le cervelet se trouve, dans la pie-mère, une petite masse jaune de la grosseur d'une fève, ayant l'apparence et la consistance de la graisse. Ni dépôt fibrineux, ni granulations. Dans le poumon droit, quelques tubercules ramollis ([2]).

CCCXXXVII[e] Obs. — Fille, quinze ans, non menstruée. Famille scrofuleuse. Céphalalgie, fièvre, agitation, constipation, douleur lombaire, conjonctives injectées, vue trouble, cécité. Sensation de poids à la partie postérieure de la tête, pouls faible, irrégulier; stupeur, dilatation des pupilles. Mort le huitième jour. — Vaisseaux cérébraux injectés, ventricules latéraux pleins de sérosité. Cerveau sain, ferme. Grande quantité de pus fétide sous la tente du cervelet, recouvrant toute la surface de cet organe. L'un des lobes du cervelet est pressé et diminué de volume par la matière purulente ([3]).

CCCXXXVIII[e] Obs. — Femme, vingt-trois ans, syphilis traitée. Tête exposée à la chaleur d'un poêle, céphalalgie frontale et temporale droite. 11 mars, tête renversée en arrière, langue humide et jaunâtre, anorexie, constipation, pouls rare, peau chaude. Mouvements brusques, réponses lentes, soupirs, dilatation des pupilles, strabisme. 18, fréquence et petitesse du pouls, stertor, insensibilité, yeux fixes, paupières abaissées. Mort le lendemain. — Adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde, sérosité trouble dans les ventricules latéraux, plexus choroïdes pâles; pie-mère du vermis supérior du cervelet infiltrée d'une matière puriforme demi-concrète et jaunâtre. Tubercules pulmonaires, etc. ([4]).

([1]) Robley Dunglison, *Lond. med. Magazine*, 1822. (*Nouv. Biblioth. méd.*, t. I, p. 364.)
([2]) Hahn, *De la Méningite tuberculeuse*. Paris, 1853, p. 13.
([3]) Alex. Monro, *Morbid Anatomy of the Brain*. Edinburgh, 1827, p. 39.
([4]) Mazet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1819, n° 157, p. 1.

CCCXXXIXe Obs. — Musicien, trente-neuf ans. Insolation, congestion cérébrale, monomanie ambitieuse, accès de manie, épilepsie, démence, faim insatiable. Janvier, perte de connaissance, du sentiment et du mouvement; puis vue confuse, carphologie, aphonie, hoquet, sterlor, fièvre, assoupissement, parole impossible, agitation des bras, dévoiement, eschares au sacrum. Mort le vingt-huitième jour. — Méninges légèrement épaissies, et adhérentes à la surface cérébrale. A la face inférieure du cervelet, de la protubérance et du bulbe, une couche de pus jaunâtre, consistant, d'une ligne d'épaisseur, entre l'arachnoïde et la substance encéphalique; sérosité dans les ventricules (1).

CCCXLe Obs. — Homme. Tête renversée en arrière, opisthotonos, strabisme de l'œil gauche, intellect conservé, céphalalgie, douleur à l'épigastre, possibilité de montrer la langue.— Arachnoïde du cervelet et de la protubérance enflammée, avec fausses membranes épaisses sur le côté gauche de la face inférieure de ces organes (2).

CCCXLIe Obs. — Joseph Binet, âgé de cinquante-neuf ans, de Bordeaux, cordier, de petite taille, de faible constitution, lymphatique (peau blanche, iris bleues, cheveux gris), sujet à des affections herpétiques, éprouve, le 13 décembre 1839, de la céphalalgie, de l'inappétence, des nausées, des douleurs lombaires, de la constipation. Le 21, vers le soir, il sent du froid, une soif vive, puis il a beaucoup d'agitation et de délire. Cet état persiste presque toute la nuit et se termine par des sueurs. Des accès analogues ont lieu les 22 et 23, à peu près à la même heure. Le malade est admis à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne, le 24 décembre. Il est dans l'état suivant : apyrexie, peau naturelle, pouls non fréquent, céphalalgie, point d'appétit, soif, langue un peu rouge; épigastre, abdomen indolents; selles régulières, point de toux ni d'expectoration. (Sulfate de quinine, 0,70; cataplasmes sinapisés aux pieds, bouillons.) Soir, le pouls est devenu un peu fréquent et la peau chaude; il y a moins de céphalalgie. 25, pouls naturel. L'accès a été peu marqué; il ne s'est pas accompagné de délire. (Sulfate de quinine, 0,50.) Soir, pouls un peu fréquent. 26, frissons, agitation fébrile pendant la nuit, peau chaude, pouls encore fréquent en ce moment; un peu de sueur; langue rouge, épigastre et abdomen indolents. (Sulfate de quinine, 0,60; extrait mou de quinquina, vésicatoires aux jambes.) Soir, peau chaude, pouls 80. 27, délire cette nuit; il persiste ce matin. Rigidité musculaire, pouls peu fréquent, perte de connaissance, yeux fermés, pommettes colorées,

(1) Bayle, *Maladies du cerveau*, p. 332.

(2) Martinet (clinique de Récamier), *Revue médicale*, 1825, t. II, p. 13.

bouche ouverte, pupilles resserrées, mouvements désordonnés, sensibilité normale. (Vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds, potion avec acétate d'ammoniaque, 10gr; tisane, bouillon.) Soir, délire furieux. On a été obligé d'attacher le malade; il ne comprend ni ne répond; il a les yeux fermés, la bouche ouverte; pouls petit, non fréquent. 28, même état. Peau froide, pouls faible, carphologie, délire pendant la nuit, point d'évacuations, pupilles resserrées, déglutition difficile; l'épigastre ne paraît pas sensible. (Sangsues derrière l'oreille, potion avec acétate d'ammoniaque, 12 grammes; sinapismes autour des genoux, lavement avec infusion de séné.) Soir, pouls fréquent, immobilité, insensibilité et perte de connaissance. 29, yeux ouverts, déglutition impossible, forte roideur des membres, mouvements spasmodiques de la face, sons inarticulés, cris, sorte de beuglement. Le lavement n'a produit aucune évacuation alvine. Pupilles moins resserrées. (Application du marteau de Mayor à la nuque sur deux points.) Soir, mouvements alternatifs et spasmodiques d'élévation et d'abaissement du maxillaire inférieur, toux, perte de connaissance. 30, pouls assez fort, yeux ouverts, langue sèche, peu de signes d'intelligence. Le malade prononce quelques paroles. Il a résisté vivement à l'application qui a été faite du marteau de Mayor. Déglutition difficile, mais non impossible. La roideur est très forte au bras droit; ce membre n'obéit pas à la volonté; la tête est portée en arrière et un peu à gauche, les pupilles sont peu resserrées; point d'évacuations alvines. Quoique plus fort que ces derniers jours, le pouls est faible; il donne 108 pulsations par minute. (Marteau de Mayor sur l'épigastre en deux points.) Soir, peau fraîche, pouls fréquent. La tête est toujours portée en arrière, quelques mots sont articulés sans suite. 31, délire, cris plaintifs; parfois le malade prononce quelques paroles en réponse aux questions qu'on lui adresse. Évacuation alvine abondante, urines involontaires, tuméfaction à l'hypogastre et du côté de la fosse iliaque droite, main droite froide, pouls fréquent, langue rouge; plus de motilité qu'hier dans le membre supérieur droit. Soir, délire, pouls faible, contractions et roideur musculaire du bras droit; les muscles fléchisseurs font accomplir au membre des mouvements désordonnés. 1er janvier, yeux moins vifs quoique ouverts, pupilles dilatées, la gauche surtout; le pouls est filiforme; rigidité musculaire. Mort à trois heures après-midi.

Nécropsie. — Maigreur, peu de rigidité cadavérique. La division du crâne et des parties molles qui le recouvrent produit l'écoulement d'au moins une once et demie de sang. Le cerveau présente un pointillé rouge, plus marqué dans l'hémisphère gauche que dans le droit, surtout vers la convexité. Tous les vaisseaux cérébraux offrent de l'engorgement; la pie-mère observée dans les anfractuosités est

assez fortement injectée; trois onces de sérosité s'écoulent des ventricules latéraux; plexus choroïdes engorgés. La voûte à trois piliers et le septum lucidum sont ramollis; cet état s'observe aussi dans les nerfs optiques avant leur entrecroisement. L'arachnoïde est enflammée à la face inférieure du cervelet; elle y est opaque et épaissie, et en outre recouverte d'une fausse membrane. Le quatrième ventricule est dilaté par un fluide séreux, mais il ne présente pas d'autre altération; le tissu du cervelet lui-même est à peu près normal, ainsi que celui des autres parties de l'encéphale. Quelques adhérences anciennes s'observent à la partie postérieure et inférieure des poumons; ceux-ci ont leur tissu ordinaire. Cœur sain; point de traces d'inflammation dans les gros vaisseaux. Muqueuse gastro-intestinale saine dans presque toute sa longueur; mais à la fin de l'iléon, elle présente un peu de rougeur. La vessie est pleine d'urine. Les autres organes de l'abdomen sont dans l'état naturel.

CCCXLII• Obs. — Boursille, soixante-sept ans, natif du département de la Haute-Garonne, venant actuellement d'Eysines, mais n'ayant ni domicile fixe, ni profession. Il mendie de village en village, et paraît être de faible constitution. Il se présente à l'hôpital Saint-André, le 27 décembre 1842, comme fatigué par des palpitations de cœur, de l'oppression et une céphalalgie intense. Il y est venu à pied. La nuit suivante, il est pris de perte de connaissance, de délire, d'agitation, de mouvements convulsifs des membres. A la visite du matin, le 28, on ne peut obtenir de ce malade aucun renseignement. Il se tourne et se retourne sans cesse dans son lit; il comprend cependant quelques questions; il tire assez bien sa langue, qui est naturelle et s'avance en ligne droite. Les paupières sont fermées, les pupilles plutôt resserrées que dilatées; les mouvements spasmodiques des muscles des avant-bras rendent difficiles le toucher de l'artère radiale; toutefois, on parvient à reconnaître que le pouls est petit et fréquent; le ventre ne paraît pas douloureux; il y a des évacuations urinaires et alvines non volontaires. (Infusion d'arnica, vésicatoires aux jambes, bouillon.) 29, même état. Yeux fermés, pupilles un peu resserrées, mouvements convulsifs des membres supérieurs, carphologie, pouls petit et fréquent. 30, le malade ne tire pas la langue; pouls faible; carphologie permanente, respiration râlante, pupilles toujours resserrées. (Infusion d'arnica, potion avec acétate d'ammoniaque, 8 grammes, et extrait mou de quinquina, 4.) Mort dans la nuit suivante.

Nécropsie. — Rigidité cadavérique, yeux entr'ouverts. Il s'écoule de la bouche une écume blanchâtre et épaisse; face violacée. A la surface supérieure du cerveau on constate une infiltration sous-arachnoïdienne; l'arachnoïde y est opaque. A la partie inférieure,

sur la décussation des nerfs optiques et les tubercules mamillaires, il y á une légère exsudation de matière purulente, jaunâtre. Autour du cervelet, surtout à sa face inférieure, cette couche est plus épaisse et plus dense; on peut en détacher de larges plaques, sans que leur forme change. Ce pus a pris l'aspect d'une pseudo-membrane. Cerveau et cervelet d'une consistance normale, avec léger pointillé. Les poumons n'offrent rien d'anormal; cœur peu volumineux, sans altération spéciale de la texture, ni lésion des gros vaisseaux. Muqueuse gastrique un peu ramollie vers l'orifice pylorique, rouge et épaissie du côté du cardia; muqueuse intestinale saine; foie, rate et reins dans l'état naturel.

Résumé des observations de méningite cérébelleuse.

Ces observations sont au nombre de 9 : 5 individus sont du sexe masculin, 4 du sexe féminin.

Ages variés : deux ans et demi, cinq, dix, quinze, vingt-trois, trente-neuf, cinquante-neuf et soixante-sept ans. Un autre sujet était adulte. Son âge n'a pas été indiqué exactement. Assez souvent constitution faible.

Influences morbifiques variées : hérédité scrofuleuse; diathèses tuberculeuse, syphilitique, herpétique. Dans un cas, chute avec percussion de la tête; dans deux autres, exposition de la tête à une vive chaleur (CCCXXXIV, CCCXXXVIII).

Les symptômes ont été : la céphalalgie; chez six malades, elle a été frontale ou temporale; une fois seulement elle s'est accompagnée d'un sentiment de pesanteur à la partie postérieure de la tête (CCCXXXVII).

Deux fois perte subite de connaissance, lenteur ou privation de la parole; trois fois délire, cris.

Souvent agitation (CCCXXI, CCCXXII), mouvements désordonnés, carphologie, mouvements convulsifs, convulsions (CCCXXXIV, CCCXXXV, CCCXXXVI, CCCXLII) affectant le visage ou les membres gauches, ou les membres droits, ou les membres supérieurs seuls. Un malade avait des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure (CCCXLI).

Quatre malades avaient la tête portée spasmodiquement

en arrière; d'autres, les membres roides, et une sorte d'opisthotonos (CCCXL).

Il n'y a eu de paralysie que chez un malade (hémiplégie gauche, CCCLV), mais un autre était antérieurement atteint de paralysie générale (CCCXXXIX).

Trois ont eu la vue troublée ou même entièrement obscurcie, quatre ont offert un strabisme très prononcé; quatre ont eu aussi les pupilles dilatées dès les premiers moments, un cinquième les a eues resserrées longtemps et à la fin dilatées. Un seul a présenté leur resserrement permanent (CCCXLII); il est vrai que sa maladie fut fort courte. C'est, en effet, chez ce mendiant qui était venu à pied à l'hôpital et qui succomba le deuxième jour; il n'avait eu aucun indice de paralysie, ni de perturbation dans les mouvements des membres inférieurs.

Il n'y a eu de nausées et de vomissements que deux fois, de la dysphagie qu'une.

Le pouls a été généralement fréquent et la peau chaude; la maladie a paru dans un cas liée à un état fébrile périodique (CCCXLI).

Un phénomène spécial n'a été noté qu'une fois : c'est l'érection, chez un petit garçon âgé de cinq ans, qui portait sans cesse la main aux parties sexuelles (CCCXXXV).

La maladie a duré deux, sept, huit, neuf, treize, dix-huit, vingt-un jours.

Il y avait dans les méninges de la convexité du cerveau ou dans celles de la base, parfois de l'opacité, un peu d'infiltration séreuse ou une exsudation puriforme; mais c'est surtout à la périphérie du cervelet que se trouvait une inflammation vive, laquelle était manifeste par un épaississement très prononcé des méninges (CCCXXXV), par la présence du pus (CCCXXXVII, CCCXXXVIII, CCCXXXIX, CCCXLII), ou par celle de fausses membranes (CCCXXXIV, CCCXL, CCCXLI).

Le siége principal de ces lésions a été, soit à la surface supérieure du cervelet et spécialement au vermis superior, soit à la face inférieure de cet organe.

6e SECTION. — MÉNINGITE SPINALE OU RACHIDIENNE.

Cette espèce est établie par son siége autour de la moelle épinière. Les lésions crâniennes qui ont parfois coïncidé étaient peu considérables. L'extension de la phlegmasie sur le bulbe rachidien avait une toute autre importance.

CCCXLIIIe Obs. — Garçon, deux ans et quatre mois, bien constitué. Chutes sur la tête en juin et juillet; en août, rêvasseries, agitation la nuit. 27, main droite faible. 28, face rouge, yeux brillants; insensibilité, paralysie du membre supérieur droit, puis de l'inférieur. 29, la paralysie gagne le côté gauche; les quatre membres sont immobiles et insensibles; rétention d'urine; respiration haute, suspirieuse, singultueuse; intelligence conservée. Tête renversée en arrière, roideur du cou; bouche ouverte pour aspirer l'air, qui ne pénètre plus dans la poitrine; état d'asphyxie, et mort le soir même. — Organes thoraciques et abdominaux sains. Dans le crâne, absence de lésions. Une sérosité lactescente s'écoule de la cavité de l'arachnoïde rachidienne. Cette membrane, sur le bulbe et sur la moitié supérieure de la moelle cervicale, est épaissie, de couleur opaline. Le tissu sous-arachnoïdien est fortement injecté. Les mêmes points de la moelle sont injectés et consistants (1).

CCCXLIVe Obs. — Fille, onze ans, forte. Janvier, érysipèles, rétrocession du dernier. Céphalalgie, sensibilité des yeux, vue trouble, pupilles dilatées, puis contractées; face rouge, bouffie; 24 inspirations; pouls lent, 60, irrégulier, puis 48, puis 72; constipation. Délire passager, trismus, assoupissement, évacuations involontaires. Sensibilité au froid, sentiment de courbature, douleur et rigidité du cou; peau sensible aux membres inférieurs contracturés; pouls faible, fréquent; douleur sur le trajet du rachis. — Sérosité sous la dure-mère rachidienne et dans les ventricules latéraux. Arachnoïde de la protubérance et de la partie inférieure du cervelet un peu opaque, mais sans infiltration. Arachnoïde rachidienne soulevée par une couche de sérosité louche de deux lignes d'épaisseur, sur les régions cervicale et lombaire. Moelle ramollie au niveau des vertèbres dorsales. Pas de tubercules (2).

CCCXLVe Obs. — Fille, treize ans, grêle. 10 juin, chute, frisson, lassitude, anxiété, larmoiement; douleur gravative de l'occiput.

(1) Gaultier de Claubry, *Archives*, 1827, t. XIV, p. 53.

(2) Constant, *Gazette médicale*, 1835, t. III, p. 296, — et Berton, p. 231.

étendue le long du rachis; sensation pénible à l'épigastre; roideur de la mâchoire inférieure, du cou et du tronc; dysphagie; convulsions des muscles du visage, surtout des lèvres; pupilles dilatées, surtout la gauche; opisthotonos. Intellect intact, sensibilité normale; peau sèche et chaude, pouls tendu, petit et fréquent; respiration anxieuse; sang consistant, mais non couenneux. Mort le sixième jour. — Beaucoup de sérosité dans la dure-mère rachidienne. Inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère, seulement à la face postérieure de la moelle. Moelle saine. Protubérance injectée ([1]).

CCCXLVI^e Obs. — Jeune homme, dix-sept ans, lymphatique. Octobre, céphalalgie, fièvre, douleurs des articulations; érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs, qui restent tuméfiés et dans un état comme lardacé; os eux-mêmes tuméfiés; gangrène sur les points d'appui du bassin; trismus, opisthotonos. Mort. — Sacrum dénudé. Nerfs sacrés à découvert; le sciatique est strié de rouge. Dure-mère vertébrale, à sa face interne, parsemée de plaques nombreuses d'un sang rouge et vermeil. Arachnoïde vivement colorée par l'injection des capillaires, surtout à l'origine des nerfs spinaux. Moelle et cerveau injectés, mais sains ([2]).

CCCXLVII^e Obs. — Homme, dix-neuf ans. 29 septembre, en sueur, il s'expose à l'air frais; frissons, contracture spasmodique des masseters, sensation douloureuse à la base de la poitrine, roideur du cou, mastication, articulation des sons, déglutition très difficile. 4 octobre, décubitus dorsal, tête immobile en arrière, trismus, rigidité des muscles du tronc, douleur à la partie inférieure du sternum, insomnie, anorexie, constipation, pouls dur et fréquent. 7, supination, fièvre, sueur abondante, urines rares. 9, opisthotonos. 10, yeux fixes et saillants, respiration entrecoupée, soubresauts des tendons. 11, éruption miliaire, douleurs dans le cou et le dos, roideur générale, convulsions. Mort. — Épanchement séreux dans l'arachnoïde spinale. Fausses membranes dans les intervalles des troncs nerveux de la queue de cheval. Membrane propre de la moelle de couleur rouge purpurine. Forte injection des vaisseaux ([3]).

CCCXLVIII^e Obs. — Homme, vingt-deux ans, plaie du bras. Quatre jours après, 22 août, tétanos, terminé par la mort le 29. — Méninges rachidiennes rouges, excepté la dure-mère. Moelle imprégnée de sang. Protubérance cérébrale rouge et ferme. Tous les nerfs présentent une teinte rouge qui résiste au lavage ([4]).

([1]) Ferro, *Annali univers. di Med.* (*Archives*, 2e série, t. VII, 1835, p. 368.)
([2]) Lepelletier, *Revue médicale*, 1827, t. IV, p. 168.
([3]) Ducros, de Marseille, dans Thèse de Clot. Montpellier, 1820, n° 54, p. 42.
([4]) Jobert, *Bulletin de la Société anatomique*, 1826, p. 164.

CCCXLIX[e] Obs. — Militaire, vingt-deux ans. Fièvre intermittente; lassitude, engourdissements et fourmillements dans les doigts et au visage; résolution des quatre membres sans perte de la sensibilité et sans douleur; la main et le pied gauches conservent quelques mouvements; intelligence nette, pupilles égales contractiles, pouls régulier, 72; respiration libre, appétit, selles et urines normales, mouvements libres de la tête; la pression des doigts sur les apophyses épineuses cervicales et dorsales éveille une vive sensibilité, et les mouvements imprimés au tronc provoquent de la douleur et une contraction violente des muscles du dos; point d'érection, point de dyspnée, ni de dysphagie; urines involontaires, pouls 80. Sixième jour, un peu de mobilité des doigts de la main gauche; pouls petit, 120. — Vive injection des vaisseaux méningiens et coloration rouge au-dessus du renflement brachial, à la partie inférieure de la région dorsale, et à la hauteur du bulbe rachidien (1).

CCCL[e] Obs. — Cuisinier, vingt-quatre ans, robuste. 14 octobre, malaise, réponses lentes, trémoussement des lèvres, marche facile. 24, rétention d'urine; douleurs dans les membres inférieurs quand on les remue; la sensibilité y est conservée et la motilité détruite; membres supérieurs sensibles et mobiles, cou renversé en arrière, flexion du rachis douloureuse, fièvre, constipation; urine fétide, trouble, rougeâtre, noircissant l'argent; sang couenneux; légère roideur des membres supérieurs, du cou et du tronc, qui ne se meuvent que d'une pièce et avec douleur; pupille droite plus dilatée que la gauche; réponses lentes, mais justes. Mort le 29. — Sérosité dans les ventricules. Dure-mère rachidienne très injectée. Moelle saine, entourée d'une couche jaunâtre gélatiniforme, épaisse sur le renflement lombaire et surtout à sa face postérieure, située entre la pie-mère et l'arachnoïde, nulle sur la queue de cheval. Le feuillet pariétal est tapissé par une fausse membrane mince et granuleuse. A la partie inférieure du canal vertébral, sérosité opaque (2).

CCCLI[e] Obs. — Terrassier, vingt-huit ans, athlétique; fatigues, exposition à la pluie; plaie par un clou au pied droit; douleur au dos et au cou, trismus, roideur générale, plaie du pied ichoreuse, sueur générale, anxiétés. Mort le neuvième jour. — Rougeur des méninges sur le cerveau. Teinte rosée sur la protubérance et sur la moelle allongée. Méninges rachidiennes rouges dans toute leur étendue et toute leur épaisseur. Membrane interne du cœur et des gros vaisseaux rouge. Sang liquide. Poumons engoués (3).

(1) Gouzée, *Archives belges de Médecine militaire*, 1858. (*Gaz. méd.*, 1860, p. 22.)
(2) Dance, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 239.
(3) (Service de Geoffroy, décembre 1816.) Deslandes, Thèse, obs. xi, p. 23.

CCCLII[e] Obs. — Cordonnier, vingt-neuf ans, faible. Frissons, fièvre, vomissements, céphalalgie, sueur, supination; douleur dans toute la partie postérieure du tronc, à la nuque, au sacrum, provoquée par le moindre mouvement. Roideur des muscles des gouttières vertébrales; douleurs contusives des muscles, mais non augmentées par la pression le long du rachis. Pupilles normales ou un peu resserrées; pouls 90, plein; constipation, ventre indolent. Sixième jour, tête et tronc renversés en arrière, bras fléchis et contractés, douleur vive au moindre mouvement. Septième jour, pupilles dilatées, mobiles; trismus, parole gênée, déglutition douloureuse. Huitième jour, trismus, insensibilité des membres, soubresauts des tendons, sens conservés, pas de somnolence. Mort. — Arachnoïde de la moelle allongée enduite, ainsi que le feuillet pariétal, d'une couche purulente. Infiltration séreuse dans la pie-mère jusqu'à la quatrième vertèbre du cou. Arachnoïde très injectée jusqu'au milieu de la région dorsale, opaque, laiteuse, peu épaissie, et soulevée par un fluide purulent jusqu'à l'extrémité (1).

CCCLIII[e] Obs. — Tailleur, trente ans, excès vénériens. 8 juin, céphalalgie, vomissements, frissons, photophobie, roideur presque tétanique du cou, porté en arrière; assoupissement, pupilles normales, pouls lent, constipation, hyperesthésie, fourmillement des jambes, urine involontaire. 2 juillet, paralysie et diminution de la sensibilité de la jambe droite, puis de la gauche; délire calme, pouls dur, fréquent; roideur du tronc, urine rendue par regorgement, paralysie et anesthésie des membres supérieurs. Mort le 4 juillet. — Depuis le bulbe rachidien jusqu'à l'extrémité de la moelle, pus concret dans le tissu sous-arachnoïdien. Moelle non ramollie (2).

CCCLIV[e] Obs. — Concierge de prisons, quarante-trois ans, sanguin, athlétique. Exercices fatigants à la fin de mai; sueurs abondantes supprimées par l'impression d'un air frais. 1[er] juin, douleurs vives et profondes à la partie supérieure du dos, difficulté dans les mouvements de la tête. 6, pouls fort et irrégulier, respiration parfois très gênée, surtout pendant la déglutition des liquides et par la vue d'un corps brillant; sensation pénible qui oblige à mettre la main devant les yeux. Dysphagie par le spasme du pharynx, bouche béante dès que le spasme a cessé; point de roideur ni de contraction des membres. 7, rêvasserie délirante, altération profonde des traits, conjonctives injectées, regard tantôt stupide, tantôt furieux; loquacité, prostration générale, affaissement, bas ventre tendu et ballonné,

(1) Gendrin, cité par Sandras, *Journal général*, 1829, 3e série, t. XII, p. 350.
(2) Blain des Cormiers, *Bulletin de la Société anatomique*, 1853, p. 219.

couleur livide et plombée en certains points de la surface du corps, insensibilité, respiration stertoreuse. Mort. — Rigidité des muscles, surtout de ceux du cou et des gouttières vertébrales. Vaisseaux cérébraux injectés. Surface inférieure du cervelet et moelle allongée légèrement enflammées. Pie-mère rachidienne, dans la région cervicale, très rouge et infiltrée de sang, avec sérosité rougeâtre sous l'arachnoïde. Régions dorsale et lombaire des méninges et de la moelle sans altération ([1]).

CCCLV^e Obs. — Femme, quarante-sept ans. Chaleurs vives et continues dans les membres inférieurs et dans la région lombaire; marche pénible, fièvre avec exacerbations nocturnes. Contractions convulsives des membres inférieurs. — Infiltration séreuse entre l'arachnoïde et la pie-mère, à la convexité du cerveau. Dure-mère rachidienne très injectée à sa face externe, vaste collection purulente dans l'arachnoïde spinale des régions dorsale et lombaire; ce pus est lié, épais, semblable à celui d'un phlegmon. La moelle a sa consistance ordinaire, la partie postérieure du corps des trois dernières vertèbres dorsales et de toutes les lombaires présente une abrasion ou destruction qui élargit beaucoup le canal vertébral, dont les veines sont dilatées, épaissies et enflammées ([2]).

CCCLVI^e Obs. — Femme, cinquante-un ans, tempérament sanguin et nerveux; dix-neuf enfants. Chagrins, suppression des menstrues, vertiges, bouffées de chaleur, sentiment de gêne des membres thoraciques, de tiraillement dans les membres abdominaux, bronchite. 2 février, convulsions, céphalalgie, tremblements spasmodiques de la tête et du cou, chaleur et formication dans les lombes, pouls serré, plein, égal. 4, agitation physique et morale, pouls fréquent, peau chaude, convulsions. 5, pouls petit, accéléré; respiration stertoreuse, soubresauts des tendons, coma, mort. — Cerveau et cervelet injectés; dans les régions dorsale et lombaire, les méninges, rouges, contiennent une grande quantité de sérosité. Cordon rachidien injecté; plusieurs nerfs qui en partent présentent dans leur névrilème des traces de phlogose. Hydropéricarde ([3]).

CCCLVII^e Obs. — François Hostain, âgé de cinquante-trois ans, né à Pessac (Gironde), menuisier à Bordeaux, tempérament lymphatique, constitution peu robuste, ayant eu un chancre vénérien il y a quinze ans, mais assez bien traité et guéri, éprouvait, depuis onze mois, des douleurs vagues et persistantes le long de la colonne

([1]) Clot (depuis Clot-Bey), Thèses de la Fac. de Méd. de Montpellier, 1820, n° 54, p. 53
([2]) Dubrueil, *Éphémérides médicales de Montpellier*, 1827, t. V, p. 79.
([3]) Roux, *L'Observateur des Sciences médicales*. Marseille, 1824, t. VII, p. 4.

vertébrale. Il y avait dix mois que les urines étaient difficilement retenues dans la vessie. Admis le 31 mars 1853 à l'hôpital Saint-André : Face pâle, peau ayant la chaleur ordinaire, pouls 75, assez plein; toux légère, expectoration d'une matière muqueuse verdâtre; la percussion donne une faible matité à la partie postérieure et gauche du thorax; l'auscultation fait distinguer du râle muqueux en différents points. Le rachis examiné paraît un peu plus courbé dans la région dorsale qu'il ne l'est ordinairement; les angles des côtes sont saillants. En pressant successivement les apophyses épineuses et le long des gouttières vertébrales, on provoque une douleur vive, surtout depuis la quatrième vertèbre dorsale jusqu'au sacrum. Membres inférieurs amaigris, œdémateux vers les malléoles, engourdis et faibles; station fatigante et peu solide; quelques pas peuvent être faits avec l'appui d'une canne. Les membres supérieurs conservent leur sensibilité et leur motilité. Il y a incontinence d'urine quand la toux ébranle l'abdomen; matières stercorales assez bien retenues. — 4 avril, à deux heures, invasion d'un accès de fièvre; froid, bouche sèche et pâteuse, toux quinteuse, incontinence d'urine plus prononcée. (Potion avec extrait mou de quinquina.) — 8, la fièvre a diminué, pas d'intermittences régulières; expectoration abondante; incontinence d'urine un peu moindre. (Bains de siége émollients et tièdes.) — 14, l'œdème des membres inférieurs a augmenté, ainsi que la débilité musculaire. — 15, dyspnée. (Looch avec oxymel scillitique; extrait alcoolique de noix vomique, 0,15, en trois pilules.) — 22, la dyspnée a disparu, l'œdème a diminué; pouls assez large, non fréquent; diarrhée. — 27, diarrhée très forte, selles involontaires. — 28, fièvre avec froid; agitation, altération des traits de la face, impotence complète des membres inférieurs. Mort le 29.

Nécropsie. — Rien d'anormal dans le crâne, si ce n'est un peu d'épaississement de la pie-mère sur le lobe antérieur gauche du cerveau. L'arachnoïde rachidienne présente plusieurs points d'adhérence avec la dure-mère dans la région cervicale; la pie-mère est épaissie dans la même région, ainsi qu'à la partie inférieure de la région dorsale; injection très prononcée des méninges en ces divers points. Couleur de la moelle normale; sa consistance est un peu diminuée dans le tiers supérieur. Commencement d'hépatisation à la base du poumon gauche. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur; un peu de sérosité dans le péricarde. Coloration ardoisée du foie; rate et reins sans altération ; épaississement de la muqueuse vésicale, sans changement de couleur. Petit kyste séro-purulent près l'orifice de l'urèthre.

CCCLVIII^e Obs. — Femme, cinquante-cinq ans, épileptique. Moral affaibli, marche vacillante, membres supérieurs ayant conservé

leur force et la précision des mouvements. Sensibilité tactile générale très obtuse, vertiges; dans les attaques épileptiques, contraction tonique persistante dans les membres inférieurs. — Plaques pseudo-membraneuses sous l'arachnoïde à la base du cerveau. Moelle épinière dans toute sa longueur, complètement enveloppée par une couche pseudo-membraneuse parfaitement organisée entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère. Pas d'espace pour le liquide vertébral sous-arachnoïdien; plaques cartilagineuses à la surface du feuillet interne de l'arachnoïde, surtout dans la région lombaire (1).

CCCLIX^e Obs. — Homme, cinquante-six ans, ulcère chancreux de la lèvre opéré; imprudences. Douleur dans le cou, contractions convulsives des muscles de la mâchoire, fièvre, rigidité des muscles du ventre, augmentée par l'application de la main sur divers points de la surface du corps; spasme général, suffocation imminente, puis diminution des phénomènes tétaniques; néanmoins, affaiblissement, maigreur. Mort le vingt-troisième jour. — Épanchement séreux et blanchâtre autour de la moelle; surface interne de l'arachnoïde tapissée par une substance molle et blanche, surtout vers la région lombaire, où elle est confondue avec des fausses membranes interposées entre les nerfs, et les unissant à la moelle (2).

CCCLX^e Obs. — Homme, tourmenté depuis six mois par une contraction spasmodique des muscles du cou; tête inclinée fortement en arrière sur l'épaule droite; anévrysme de l'aorte abdominale. — Moelle non altérée. La pie-mère qui recouvre les racines antérieures et les faisceaux antérieurs de la moelle, vis à vis les trois ou quatre premières vertèbres cervicales, offre une rougeur vive, un épaississement, une densité remarquables, criant même sous le tranchant des ciseaux; cet état décroît en bas (3).

CCCLXI^e Obs. — Femme, nerveuse, moral distingué; diathèses scrofuleuse et herpétique. A trente ans, chutes subites et inopinées en marchant ou en dansant; marche vacillante, engourdissement, lassitudes; convulsions par affections morales pénibles; rétention d'urine; légère déviation du rachis, combattue avec succès par le décubitus horizontal pendant dix-huit mois; paraplégie; sensibilité vivement excitée par des douches d'eau de mer sur les lombes; douleurs intolérables dans les membres inférieurs et roideurs tétaniques; irritation intestinale, hémorrhoïdes, constipation rebelle, dysurie fréquente, palpitations de cœur, engourdissement du tronc;

(1) Eugène Forget, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 571.
(2) Ducros, de Marseille, dans Clot. Thèses de Montpellier, 1820, n° 54, p. 46.
(3) Leonello Poletti, *Archives*, 1825, t. IX, p. 595.

diminution du mouvement des membres supérieurs, immobilité absolue des inférieurs; tension tétanique des muscles postérieurs du cou, amaigrissement extrême; la menstruation persistait. Bientôt après, douleurs violentes dans le rachis, vers les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, suivant le trajet des nerfs intercostaux et s'irradiant dans les membres; enfin, tendance à l'assoupissement, tristesse, léger délire, longue agonie et mort. — Cerveau et ses méninges dans l'état normal. Moelle rachidienne comme atrophiée, mais non ramollie, environnée par une grande quantité d'un liquide gélatineux, surtout à la région cervicale; ce liquide diaphane semble contenu dans des cellules comme celles de l'hyaloïde. Un peu de rougeur vers la région lombaire, sur la face antérieure de la moelle, aux racines des nerfs qui s'y insèrent et qui sont sensiblement atrophiés, tandis que les racines postérieures sont plus développées. Le ganglion de la cinquième paire a un aspect macéré. Ovaires transformés en kystes, qui contiennent des hydatides (¹).

Résumé des observations de méningite rachidienne ou spinale.

Sur les 19 observations qui viennent d'être exposées, 13 appartiennent à des individus du sexe masculin et 6 au sexe féminin.

Le plus jeune des malades avait deux ans et quatre mois; Les autres ont eu onze, treize, dix-sept, dix-neuf, vingt-deux, vingt-quatre, vingt-huit, vingt-neuf, trente, trente-cinq, quarante-trois, quarante-sept, cinquante-un, cinquante-trois, cinquante-cinq, cinquante-six ans.

Parmi les antécédents pathologiques se trouvent : des lésions traumatiques des membres (CCCXXVIII); une altération profonde de la région sacrée; l'épilepsie; des érysipèles, l'un de ces exanthèmes ayant disparu rapidement; la suppression du flux menstruel.

D'autres causes paraissent avoir agi : la suppression de la perspiration cutanée par l'exposition à l'air froid ou à la pluie (CCCLIII, CCCLIV), des excès vénériens (CCCLIII), des affections morales vives.

La maladie a eu pour symptômes précurseurs, tantôt une fièvre continue ou par accès, des vomissements, et les phé-

(¹) Koreff, *Journal de Physiologie* de Magendie, 1824, t. IV, p. 372.

nomènes d'une irritation de l'encéphale; tantôt de simples troubles de l'innervation, comme des lassitudes, la diminution de la sensibilité tactile, des engourdissements, la suspension momentanée de l'énergie musculaire, ou la contraction spasmodique de différents muscles.

La maladie étant constituée, les phénomènes ont pris des nuances plus caractéristiques.

D'abord, les indices d'une lésion cérébrale ont été peu prononcés; ainsi, la céphalalgie a été rare, le délire plus rare encore; l'intellect a paru sain le plus souvent, et la parole plus ou moins libre. Si l'assoupissement a eu lieu, c'était à la fin de la maladie. Les pupilles ont été inégales, ou dilatées ou resserrées, mais le plus ordinairement il n'en a pas été fait mention.

L'un des phénomènes les plus saillants a été une douleur siégeant à la partie postérieure de la région cervicale, ou dans la région dorsale ou dans les lombes, et parfois embrassant plusieurs de ces points et s'irradiant dans les parois thoraciques (CCCXLVII), plus souvent vers les membres. Cette douleur augmente par le plus léger mouvement imprimé à la tête, au cou, au tronc; par un effort pour se redresser (CCCXLIX), par une pression exercée sur le rachis, mais non dans tous les cas (CCCL).

Un second phénomène remarquable a été une modification de la sensibilité des membres, surtout des membres inférieurs; il y a eu parfois hyperesthésie (CCCLIII, CCCLXI), sentiment de chaleur exagéré (CCCLV); d'autres fois insensibilité (CCCLII, CCCLIV, CCCLVIII), engourdissement (CCCXLIX). L'anesthésie a pu frapper aussi les membres supérieurs ou seulement l'un des membres inférieurs (CCCLIII); la sensibilité a pu demeurer parfaitement normale (CCCXLIL).

Les lésions de la motilité ont été fréquentes. On a vu, chez quelques sujets, l'agitation, le tremblement spasmodique de la tête et du cou, les soubresauts des tendons (CCCXVII), les convulsions cloniques des membres ou de la face (CCCLVI, CCCXIV), ou de ceux des membres inférieurs

(CCCLV); mais les spasmes toniques ont été plus fréquents. Ainsi, le tronc était roide, la tête renversée en arrière et tenue immobile (CCCXLIII, CCCXLVII, CCCL, CCCLII, CCCLIII, CCCLIV, CCCLX); il y a eu trismus (CCCXIV, CCCXLVI, CCCXLVII, CCCLII, CCCXLIX), opisthotonos plus ou moins prononcé (CCCXLV, CCCXLVI), même tétanos dans toute son intensité (CCCXLVIII, CCCLI), ou constriction douloureuse de la base du thorax (CCCXLVII), rigidité des parois abdominales (CCCLXXXI); contracture des membres supérieurs (CCCL, CCCLII), contracture des membres inférieurs (CCCXLIV, CCCLVIII, CCCLXI).

La paralysie musculaire a été plus rare que l'exaltation de la contractilité; mais elle a été constatée, dans quelques cas, aux membres supérieurs (CCCLIII) ou aux membres inférieurs (CCCL, CCCLVII, CCCLXII), à ceux d'un côté (CCCXLIII); il y a eu aussi résolution des quatre membres (CCCXLIII, CCCXLIX).

Il n'a été question de vomissements que dans un cas, et c'était au début (CCCLII), et de dysphagie que dans un autre (CCCXLVII); mais il y a eu constipation, rétention d'urines (CCCLIII, CCCLXI). Les évacuations ont été souvent involontaires; il y a eu incontinence.

La respiration, fréquemment libre et naturelle, a été parfois gênée, singultueuse, avec menace de suffocation, et réellement suivie d'asphyxie (CCCXLIII, CCCXLVII, CCCLIX). Dans un cas, la dyspnée était augmentée par l'impression que des corps brillants faisaient sur les yeux (CCCLIV).

Dans la méningite rachidienne, le pouls a été momentanément lent, plus constamment fréquent; il y a eu fièvre intense quelquefois; la peau était chaude, et dans quelques cas couverte d'une sueur abondante (CCCLI, CCCLII).

La durée de la maladie a été variable. Elle a été de quatre, six, sept, neuf et quinze jours; elle a été aussi de trente et quarante jours. Cette méningite a suivi une marche chronique chez deux sujets : l'un était une femme, qui conserva longtemps ses menstrues, malgré l'intensité et la persistance de l'état morbide (CCCLXI); l'autre, dont

j'ai donné l'observation, était un homme atteint de paraplégie et d'incontinence d'urine depuis plus de dix mois (CCCLVII).

Parmi les lésions cadavériques notées se trouvent quelques indices d'inflammation des méninges crâniennes, soit de la convexité, soit de la base, soit des ventricules; il y a eu plus souvent coïncidence d'une méningite de la protubérance annulaire et de la moelle allongée (CCCXLIV, CCCXLV, CCCXLVIII, CCCLI, CCCLII). Mais c'est surtout dans les méninges rachidiennes que se trouvaient les altérations les plus considérables, occupant une ou plusieurs régions, assez souvent la région cervicale ou les renflements.

Ces membranes étaient rouges, opaques, épaissies, fortement injectées (CCCXLIII, CCCXLIV, CCCXLVI, CCCXLIX, CCCLI, CCCLII, CCCLVI), d'une densité anormale. Dans la cavité de l'arachnoïde était épanchée de la sérosité (CCCXLV, CCCL).

La pie-mère a été infiltrée de sang (CCCXLVII), plus souvent de sérosité, ou d'un fluide épais, comme gélatineux (CCCL, CCCLIX), ou de pus (CCCLII, CCCLIII, CCCLV). On a vu un foyer purulent sous-arachnoïdien communiquer avec l'intérieur du rachis par l'intervalle de deux lames vertébrales (CCCLXXV), fait singulier d'une interprétation assez difficile s'il s'agit de déterminer dans quel sens et par quel mécanisme la propagation purulente s'était effectuée.

On a trouvé aussi dans la méningite rachidienne des fausses membranes (CCCXLVII, CCCLVIII). Une fois la néomembrane était accolée à la face interne de la dure-mère (CCCL). Au même point, chez un autre sujet, se trouvait une plaque d'exsudation sanguine (CCCXLVI).

La moelle épinière conservait son intégrité au milieu des altérations de ses enveloppes; seulement, elle était plus ou moins injectée. Son volume a paru un peu moindre que dans l'état normal, sans doute à cause des pressions exercées à sa surface par les liquides infiltrés sous l'arachnoïde ou épanchés dans sa cavité.

Les nerfs rachidiens étaient quelquefois rouges à leur

origine (CCCXLVI, CCCXLVIII, CCCLVI). Chez un sujet, les racines antérieures étaient atrophiées (CCCLXI).

7e SECTION. — MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

La méningite cérébro-spinale ou céphalo-rachidienne est fort grave, à cause de l'extension considérable de son siége et du nombre des organes dont elle trouble les fonctions.

Elle se produit en deux circonstances très diverses : elle est sporadique ou épidémique. L'étude de la première conduit à la connaissance de la seconde. L'appréciation des faits isolés étant plus facile, pouvant être plus complète, et étant dégagée des préoccupations qui nécessairement accompagnent les grandes calamités, doit servir à fonder cette recherche, qui sera frúctueusement rapprochée de l'analyse des épidémies. Cette étude préalable de la méningite cérébro-spinale sporadique est d'autant plus nécessaire, que quelques médecins ont paru douter de l'existence de cette maladie [1]. Des faits assez nombreux, complétés par l'examen cadavérique, témoin irrécusable de l'exactiude du diagnostic, doivent donc être invoqués pour asseoir ce point de doctrine sur une base solide et positive.

I. — MÉNINGITE CERÉBRO-SPINALE SPORADIQUE.

Je partage en trois groupes les faits qui vont être exposés, selon les produits de la phlegmasie méningienne, lesquels sont une sérosité de consistance variée, du pus ou des fausses membranes.

PREMIÈRE SÉRIE. — *Méningite cérébro-spinale sporadique produisant une exsudation séreuse ou une matière consistante d'apparence albumineuse ou gélatineuse.*

CCCLXIIe OBS. — Enfant, né le 23 janvier, d'une mère âgée de trente-sept ans, ayant déjà eu à vingt-cinq ans des couches heureu-

(1) Boudin, *Archives*, 1849, 4e série, t. XX, p. 143.

ses. Au début de cette dernière grossesse, elle eut une fièvre intermittente facilement guérie. L'avant-veille de l'accouchement, issue d'une grande quantité d'eau de l'amnios chargée de méconium; les mouvements de l'enfant n'étaient presque plus sentis. Né sans difficultés en première position, il est très pâle et dans un état de mort apparente par asphyxie. La respiration ne s'établit qu'avec peine; cris plaintifs; la peau se réchauffe et se colore insensiblement. Ni succion, ni déglutition; somnolence, teinte jaune de la peau, roideur générale sans sclérème, peau rouge, respiration peu sensible, convulsions des yeux, tête renversée en arrière, opisthotonos, trismus, déglutition de quelques gouttes de liquide. Mort le cinquième jour. — Crâne petit, déprimé sur les temporaux; roideur cadavérique, doigts, pieds et orteils fortement fléchis. Sérosité jaunâtre entre la pie-mère et l'arachnoïde; exsudation comme gélatineuse sur les côtés du sinus longitudinal, sur la face interne des hémisphères, les lobes moyens et postérieurs, sur le cervelet, le pont et le bulbe; sérosité dans les ventricules, plexus choroïdes couverts de produits pseudo-membraneux organisés. L'exsudat qui couvre le vermis supérior présente au microscope des globules de pus. Vaisseaux crâniens gorgés de sang; substance cérébrale, méninges rachidiennes très vasculaires; exsudat inflammatoire autour de la moelle de la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la queue de cheval. Hyperémie du foie, de la rate, des reins (1).

CCCLXIIIe Obs. — Garçon, trois ans. 2 février, déglutition très difficile, yeux fixes, trismus, opisthotonos, coma. Mort le 11. — Substance cérébrale injectée et ferme, la grise de couleur foncée, la blanche d'aspect nacré et vasculaire; sérosité dans les ventricules, dont la membrane interne est épaissie et injectée; méninges d'une partie des hémisphères et du cervelet très injectées et recouvertes d'une concrétion albumineuse mince. Au milieu de la région dorsale, infiltration rougeâtre, très consistante, autour de la dure-mère; cavité de l'arachnoïde spinale remplie de sérosité; pie-mère très injectée; sous l'arachnoïde, dans la région dorsale, concrétion albumineuse; moelle épinière à l'état normal. Estomac ramolli (2).

CCCLXIV[e] Obs. — Fille, quatorze ans, lymphatique. Décembre, céphalalgie, malaise, inappétence; pouls 100; vue trouble, ouïe obtuse, intelligence nette, roideur et secousses tétaniques du tronc; paupières contractées, pupilles dilatées; mouvements convulsifs des membres quand on les touche; sensibilité de la peau exaltée des

(1) Stoltz, *Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 395.
(2) Denis, dans Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 272.

deux côtés et surtout à la nuque; pouls 112; 32 à 42 inspirations; évacuations involontaires; réponses lentes; dyspnée. Mort le trentième jour. — Exsudation de matière demi-liquide, d'un jaune légèrement verdâtre, d'aspect gélatineux sous l'arachnoïde, sur les nerfs optiques, le mésocéphale, le cervelet, et le pourtour de la moelle, jusqu'au renflement cervical (1).

CCCLXV^e Obs. — Jeune paysan. Fièvre, délire, rougeur des yeux, écume à la bouche, douleur abdominale, coma. — Vaisseaux des méninges très injectés; beaucoup de sérosité à la périphérie du cerveau. Hémisphères réunis par une matière glutineuse, qui s'étend sur le cervelet et sur la moelle, jusqu'au niveau des vertèbres dorsales (2).

CCCLXVI^e Obs. — Homme, vingt-six ans. 21 avril, frisson, fièvre, céphalalgie sus-orbitaire; marche difficile; douleur à l'épigastre et dans les membres; froncement spasmodique des sourcils, resserrement des pupilles, légère photophobie; bourdonnement d'oreilles; battements énergiques des carotides; langue sèche, urine rare, constipation; pouls presque normal; respiration naturelle; gémissements causés par la céphalalgie; agitation. 23, dysphagie, contraction permanente des muscles de la nuque; somnolence, rougeur des yeux; convulsions du muscle sourcilier; réponses justes, mais lentes. 24, délire, coma; accélération du pouls et de la respiration; rougeur de la face; sang de la saignée couenneux. 25, assoupissement, supination, réponses presque nulles, évacuations involontaires; yeux fixes et fermés; mâchoires resserrées; membres sensibles et mobiles; chaleur de la peau. Le soir, état comme apoplectique; face vultueuse; yeux dirigés à droite; opisthotonos, trismus; sueur sur la face. Mort dans la nuit. — Rigidité cadavérique. Sang coagulé dans le sinus longitudinal supérieur et dans les vaisseaux de la pie-mère de la convexité; arachnoïde opaque le long des anfractuosités; lymphe plastique sous cette membrane et entre les feuillets, d'où quelques adhérences; pie-mère épaisse et consistante se détachant facilement du cerveau. Ces altérations sont très prononcées à la scissure de Sylvius; les vaisseaux, distendus et injectés, partent de là vers le corps strié et la couche optique. A la base du cerveau, forte inflammation de la pie-mère, mais avec moins de lymphe plastique, qui est plus consistante; sérosité entre les deux feuillets de l'arachnoïde; sur le pont de Varole, pie-mère injectée, mais non infiltrée de lymphe plastique; il y en a un peu autour des nerfs, excepté sur les olfactifs et les optiques. Même altération des ménin-

(1) Constant (service de Baudelocque), *Gazette médicale*, 1834, p. 74, et 1835, p. 73.
(2) Folchi, *Exercitatio anat. pathologicæ*. Romæ, 1848, t. I, p. 79.

ges autour du cervelet, dont la surface est un peu ramollie, et offre des filaments de sang concrété. Dans les ventricules latéraux, beaucoup de sérosité trouble, légère couche de lymphe plastique sur les bandelettes demi-circulaires; plexus choroïdes de couleur livide bleuâtre. Dans l'arachnoïde spinale, sérosité mêlée de flocons albumineux à la région cervicale, pie-mère enflammée sur la partie postérieure de la moelle, et ne pouvant en plusieurs points être séparée de l'arachnoïde, et dans quelques autres en paraissant séparée par des bulles d'air. En enlevant la pie-mère, on voit encore des vaisseaux pleins de sang coagulé s'enfonçant dans la substance de la moelle; la couche de lymphe plastique est épaisse dans la région dorsale et diminue dans la région lombaire; beaucoup de sérosité sanguinolente et purulente entre les deux feuillets séreux; pie-mère enflammée, mais sans exsudation plastique sur la face antérieure de la moelle, dont la consistance est un peu augmentée. État normal des nerfs. Foie volumineux, mou, ainsi que la rate; rougeur légère de la muqueuse gastro-intestinale; glandes de Peyer assez distinctes, sans ulcération (1).

CCCLXVII^e Obs. — Couturière, vingt-huit ans. Suppression des règles par affection morale vive; frisson. Deuxième jour, chaleur vive, soif ardente, serrement à la gorge, boule hystérique. Troisième jour, vomissements bilieux. Cinquième, face très rouge, yeux brillants, cou gonflé, tête portée en arrière et de côté, ne pouvant être ramenée en avant sans une vive douleur; douleur le long du rachis, exaspérée par le mouvement, non par la pression; respiration gênée, haletante; pouls vif et fréquent, peau chaude et sèche, constipation opiniâtre. Septième jour, sommeil agité, sensibilité de la tête et du dos exaltée, roideur tétanique de la nuque et du tronc, face pâle, exprimant la douleur; respiration pénible, pouls fréquent; sang couenneux. Neuvième jour, face grippée, réponses lentes et pénibles, sueur, gémissements, soubresauts des tendons, pouls petit, fréquent; respiration courte. Mort le dixième jour. — Couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, étendue sous la dure-mère depuis le trou occipital jusqu'au sacrum; en la pressant, on fait refluer dans le crâne un liquide trouble, mêlé de grumeaux albumineux; cette couche est placée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Méninges cérébrales très injectées vers les scissures de Sylvius; du côté droit, concrétion albumineuse semblable à celle du canal vertébral. Une autre plus épaisse recouvre l'hémisphère droit; d'autres sont sur le cervelet. Sérosité dans les ventricules (2).

(1) Donders, *Obs. anat. path. de centro nervoso*. Traj. ad Rhenum, 1840, p. 27.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 130.

CCCLXVIII[e] Obs. — Bijoutier, vingt-huit ans. Douleur avec craquement dans la région lombaire par suite d'efforts, en septembre. En avril suivant, faiblesse générale, tristesse, maigreur, difficulté pour répondre, articulation des mots presqu'impossible, intelligence conservée, bouche déviée à droite, bras gauche faible, évacuations involontaires, pouls lent, respiration fréquente, perte de connaissance. Mort le sixième jour. — Roideur très grande des membres. Vaisseaux du cerveau gorgés de sang. Plaques d'un gris jaunâtre formées par une matière concrète épanchée sous l'arachnoïde, à la surface de l'hémisphère gauche et près de la scissure de Sylvius. Épanchement séreux plus considérable dans le ventricule droit que dans le gauche. Sorte d'ecchymose à la surface interne de la dure-mère, vis-à-vis la troisième vertèbre lombaire. Sérosité dans l'arachnoïde de la région lombaire. Feuillet interne de cette membrane séparé de la pie-mère par de la sérosité. Racines antérieures des nerfs lombaires volumineuses. Moelle d'apparence ordinaire (1).

CCCLXIX[e] Obs. — Homme, quarante-cinq ans. Avril, délire, puis état soporeux et mort. — Encéphale sain. Ventricules vides; plexus choroïdes et pie-mère exsangues. Matière gélatineuse épaisse entre la dure-mère et l'arachnoïde. Inflammation des méninges dans le canal vertébral, où se trouve une exsudation abondante de sérosité sanguinolente (2).

CCCLXX[e] Obs. — Portefaix et cureur de puits, quarante-cinq ans, excès alcooliques, irascibilité. 11 juillet, refroidissement, frissons, fièvre; la bouche ne peut s'ouvrir; trismus. 12, tétanos général, excepté aux membres supérieurs; convulsions, douleurs vives aux moindres mouvements. 15, rétraction douloureuse et permanente des membres inférieurs, constipation, intégrité de l'intellect. Mort le 17. — Injection des vaisseaux méningiens. Épanchement abondant de sérosité sanguinolente entre les deux feuillets de l'arachnoïde, et un peu dans les ventricules. Plexus choroïdes d'un noir livide. Face interne de la dure-mère crânienne et rachidienne d'un rouge brun, par plaques ou par arborisations. Sérosité sanguinolente dans cette membrane. Pie-mère très injectée et offrant deux ecchymoses vis-à-vis la dixième vertèbre dorsale. Léger ramollissement à l'extrémité inférieure de la moelle (3).

CCCLXXI[e] Obs. — Marie Otchasalay, âgée de quarante-six ans, des Basses-Pyrénées, femme de service, mère de quatre enfants, est

(1) Ollivier (d'Angers), *Maladies de la moelle épinière*, t. II, p. 275.
(2) Neumann, *Archives*, 1824, t. VI, p. 439.
(3) Bineau, *Journal hebdomadaire*, 1830, t. VI, p. 310.

d'un tempérament lymphatique. Vifs chagrins; menstruation supprimée depuis huit ans. En juillet 1841, perte subite de connaissance, paralysie des membres inférieurs, suspension de la parole, pas de déviation de la face. (Saignées, purgatifs, sangsues, vésicatoires.) Convalescence au bout de deux mois. Le 2 avril 1842, deuxième attaque; perte de connaissance, immobilité des membres, parole embarrassée. Admission le lendemain à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne. Voici les symptômes offerts : Face pâle, jaunâtre; céphalalgie intense, pupilles resserrées, perte de la mémoire, paroles vagues et incohérentes; membres supérieurs jouissant de leur motilité normale; membres inférieurs privés à la fois du sentiment et du mouvement; station debout absolument impossible; pouls fréquent, petit; langue large, blanche; mâchoires serrées; il est nécessaire d'employer une certaine force pour les écarter; ventre non douloureux, constipation. (Dix sangsues à l'anus, lavement miélé; infusion d'arnica.) — 6, pouls 72, délire loquace, agitation continuelle, soubresauts des tendons. (Vésicatoires aux jambes.) Le soir, mouvements désordonnés des membres, pouls petit et très fréquent. — 7, 8, somnolence, paroles moins incohérentes, langue moins embarrassée. — 9, 10, diarrhée, ventre douloureux. (Tisane de riz, crème de riz.) — 11, 14, selles régulières, membres inférieurs toujours paralysés, chairs molles et flasques. — 15, les gencives et toute la muqueuse buccale sont recouvertes par une concrétion couenneuse grisâtre, épaisse. Une odeur infecte s'exhale de la bouche. Diarrhée abondante. (Gargarisme avec l'eau d'orge et le miel rosat; lotions, injections buccales; interposition de linges secs entre les gencives et les lèvres; extrait gommeux d'opium et tannin, 0gr 10 en cinq pilules.) — 17, les productions couenneuses se détachent par lambeaux. — 20, odeur moins fétide de la bouche, dents décharnées, grisâtres. (Infusion de quinquina, 60,0.) — 23, décubitus en supination, délire toute la nuit, agitation continuelle, mouvements convulsifs, soubresauts des tendons, pouls concentré, faible; injection vive de la face, yeux fixes, hagards; évacuations alvines involontaires; rétention d'urine. (Cathétérisme, urine limpide, extrait mou de quinquina, 2,00; sulfate de quinine, 0,60; camphre, 0,10.) 24, mort.

Nécropsie. — Peu d'amaigrissement. Roideur cadavérique. Muqueuse gingivale profondément excoriée. Os du crâne épais. Dure-mère plissée, ridée. Dans la faux existe une ossification de quatre centimètres d'avant en arrière, et de six millimètres d'épaisseur; ses bords sont frangés, inégaux; cette pièce osseuse a un peu de ressemblance avec le vomer. Le feuillet séreux qui recouvre la dure-mère est, en quelques points, très injecté. Le tissu sous-arachnoïdien viscéral est imprégné de sérosité.

Pie-mère un peu rouge. Substance cérébrale de couleur jaunâtre foncée; sa consistance est normale. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux. Septum ramolli. Adhérences entre la voûte à trois piliers et la couche optique gauche. Feuillet viscéral de l'arachnoïde spinale soulevé par un fluide limpide, transparent, plus abondant à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire. Moelle de consistance normale. Poumons sains. Cœur mou, contenant du sang fluide. État normal de l'estomac et des intestins grêles. Légère rougeur de la muqueuse du colon. Foie, rate, reins, utérus sains. Dans l'ovaire gauche, trois kystes, dont un volumineux.

CCCLXXII[e] Obs. — Homme, cinquante-quatre ans, forte constitution, haute stature, pouls habituellement lent, irrégulier. Juillet, symptômes de calculs rénaux. 22 octobre, frissons, nausées, crampes, céphalalgie, inappétence, soif. 27, grande douleur dans les reins ; pouls 50, très irrégulier; émission des urines libre; tristesse, décubitus sur le côté, réponses brusques; l'attouchement de la peau, pour explorer le pouls, est douloureux et fait retirer le bras; une pression légère, même le contact d'une goutte d'eau, est très pénible, et la rétraction convulsive des membres que cette impression provoque s'accompagne d'une profonde anxiété; le contact des liquides sur les lèvres produit un spasme du pharynx, comme dans l'hydrophobie; l'exaltation de la sensibilité n'est pas bornée à la peau, elle est évidente dans les cavités nasales, aux yeux, aux oreilles, et toute sensation provoque des mouvements spasmodiques et une profonde douleur. Ni paralysie, ni convulsions; mouvements soumis à la volonté, affaiblissement rapide, et mort. — Arachnoïde opaque avec couche épaisse de matière comme gélatineuse, principalement sur les lobes antérieurs et à la face inférieure du cerveau. Sérosité abondante dans les ventricules. Adhérences des lobes cérébraux avec le corps calleux. Partie supérieure de l'arachnoïde spinale opaque, moins dans le reste de son étendue; elle contient beaucoup de sérosité. Pie-mère très injectée, surtout dans la région lombaire. Moelle, poumons, cœur, reins sains; seulement bassinets dilatés et calculs d'acide urique dans les canaux urinifères (1).

CCCLXXIII[e] Obs. — Homme, soixante-huit ans, athlétique. Excès alcooliques, ivresse. Le lendemain, délire, mouvements possibles, mais faibles. Intellect obtus, langue couverte d'un enduit brunâtre, épais et humide; pouls faible. Le délire augmente et devient loquace et furieux; coma. Mort le septième jour. — Hépatisation du poumon

(1) Robert Mac Donnell, *Half yearly abstract of the med. Sciences*. London, 1849, t. IX, p. 33.

gauche. Gastrite chronique. Adhérence de la dure-mère et de la faux avec la surface des hémisphères cérébraux. Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, entre les circonvolutions, dans les ventricules et autour de la moelle, environ 400 grammes d'un liquide séreux infiltré dans la pie-mère. L'arachnoïde, à la convexité, est d'un blanc mat (1).

CCCLXXIVe Obs. — Homme, fondeur en bronze. Deux érysipèles à deux ans d'intervalle. Affaiblissement physique et moral, diplopie, strabisme, marche chancelante, tristesse. Janvier, paraplégie incomplète, parole peu distincte, rire involontaire, crampe des extenseurs des gros orteils. Février, accès de fièvre intermittente, résolution des membres, parole inintelligible, déglutition difficile, intellect sain, pouls faible et irrégulier, sueurs périodiques. (Sulfate de quinine.) Amélioration notable. Mai, retour de la fièvre, contracture des muscles de la partie postérieure du cou, crampes, mouvements des membres enrayés. Octobre, nuits agitées, déglutition pénible, paralysie générale n'épargnant que les paupières, dont les mouvements sont le seul moyen d'expression laissé à l'intelligence demeurée entière. Mort à la fin du mois. — Surface postérieure de la dure-mère, au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, rouge et tapissée par une couche mince et rougeâtre de lymphe concrétée. Surface postérieure et côtés de la moelle parsemés de vaisseaux injectés. Queue de cheval d'un rouge grisâtre. Hémisphères cérébraux recouverts d'une couche grisâtre de lymphe concrétée. Toile choroïdienne très rouge. Surface du cervelet d'une coloration analogue. Quatrième ventricule distendu. Corps restiformes un peu volumineux, d'un jaune brunâtre. Pyramides et éminences olivaires saillantes, jaunâtres, molles. Rougeur des racines des nerfs vague, accessoire, hypoglosse et glosso-pharingien du côté droit. Rougeur de la septième paire et du moteur oculaire externe gauche. Deux taches rouges aux points correspondants de la dure-mère, sur la gouttière basilaire (2).

Deuxième série — *Méningite cérébro-spinale sporadique produisant une exsudation purulente.*

CCCLXXVe Obs. — Fille, trois ans et demi. 3 avril, malaise, inappétence, convulsions des yeux et du cou; pas de vomissements; somnolence; pupilles dilatées, puis contractées; vue faible; tête

(1) Montault, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XII, p. 169.

(2) Ulrich, *Medicinische Zeitung, etc.* Berlin, mars 1835. (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, t. III, p. 211.

renversée en arrière, mouvements douloureux; face pâle; peau chaude, sèche; respiration fréquente, inégale; pouls 150, 136, 108; tache méningitique vivement produite; fortes convulsions, etc. Mort le 5 mai. — Épanchement abondant dans les ventricules, dont les parois sont ramollies. Entre l'arachnoïde et la pie-mère, autour de la moelle, collection considérable d'un liquide plus séreux en haut, plus épais, blanchâtre et purulent en bas. Ni granulations, ni tubercules nulle part (¹).

CCCLXXVIe Obs. — Garçon, huit ans, teint brun, forte constitution. 8 mars, tristesse, céphalalgie. 10, nausées, vomissements, agitation, délire. 11, assoupissement, cris aigus, vives douleurs de tête. 12, ouïe et parole nulles, sensibilité et motilité conservées; peau chaude; pouls 100; agitation. 13, immobilité, roideur, décubitus sur le dos; bras droit contracté, doigts fléchis; la sensibilité y est obtuse; bras gauche agité dans tous les sens; la sensibilité y est intacte, ainsi qu'aux membres inférieurs; strabisme; dilatation des pupilles; trismus; déglutition impossible; face colorée; respiration stertoreuse; constipation. Mort. — Dans la cavité de l'arachnoïde, couche purulente jaune-verdâtre, plus étendue, plus épaisse et plus concrète sur l'hémisphère gauche que sur le droit, plus adhérente au feuillet pariétal qu'au viscéral. Sur toute la convexité du cerveau, infiltration sous-arachnoïdienne d'un pus concret, jaune-verdâtre, qu'on voit dans les anfractuosités, dans les scissures de Sylvius et autour du cervelet. A la base du cerveau, l'arachnoïde est épaissie, opaque; au-dessous se trouve un liquide séreux trouble; les méninges s'enlèvent sans entraîner de substance grise. Une cuillerée de sérosité trouble dans les ventricules. Arachnoïde spinale, dans toute la partie postérieure de la moelle, soulevée par une sérosité trouble, lactescente dans quelques points; elle est opaque avec infiltration purulente sur le trajet des vaisseaux; moelle saine. Légère gastro-entérite; poumons engoués; ganglions bronchiques sains. Le système veineux est distendu par un sang noirâtre, pris en gelée (²).

CCCLXXVIIe Obs. — Fille, neuf ans, maladie chronique du cuir chevelu. 22 mars, céphalalgie, vomissements, fièvre, ophthalmie palpébrale droite. 25, délire, face animée, douleur à la région dorsale, pouls fréquent, constipation; pupilles un peu dilatées, contractiles; mouvements du tronc douloureux; la tête retombe quand elle n'est pas soutenue; sensibilité, motilité conservées; yeux réguliers; contracture des membres inférieurs; évacuation urinaire

(¹) Pivent, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, n° 105, p. 42.
(²) Demongeot de Confevron, Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1827, n° 276, p. 6.

soumise à la volonté. 29, stupeur, dilatation des pupilles; cris aigus quand on veut redresser le tronc; rigidité des muscles vertébraux; pouls 120; respiration accélérée; langue blanche piquetée de rouge; constipation. Mort le 30. — Roideur cadavérique; méninges injectées; pus concret et fausses membranes dans la pie-mère de l'hémisphère droit et de la scissure de Sylvius, dans la toile choroïdienne et autour des pédoncules cérébelleux. Taches opaques sur l'arachnoïde spinale, séparée par un épanchement séreux, de la membrane propre de la moelle, qui est d'un rouge vif. Cerveau normal; moelle diffluente dans la région dorsale ([1]).

CCCLXXVIII° Obs. — Fille, dix ans, masturbation. Novembre, frissons, fièvre, céphalalgie, courbature, vomissement, constipation, puis rigidité des muscles du cou; tête renversée en arrière; insomnie, cris; douleurs dans les membres; face pâle; yeux brillants, saillants; pupilles peu dilatées; troubles passagers de la vision. Céphalalgie occipitale s'irradiant sur les côtés du crâne, au cou, aux épaules et le long du rachis; mouvements du tronc douloureux; muscles du cou fortement contractés; flexion permanente du membre inférieur droit; mouvements bornés du gauche; membres supérieurs libres; soif vive; déglutition gênée; pouls 120; respiration anxieuse, accélérée, 44 inspirations; intellect intact; insomnie, agitation, cris; tuméfaction du cou; salive écumeuse; opisthotonos; carphologie. Mort le dix-huitième jour. — Développement des glandes de Pacchioni. Sous l'arachnoïde de la surface supérieure du cervelet, couche de matière blanchâtre, opaque, membraniforme, siégeant sur la partie moyenne; même altération au point correspondant de la face inférieure; couche de pus sur la surface interne de la dure-mère, aux régions cervicale et lombaire; nerfs de la queue de cheval baignés de pus sanieux et infect; pus dans la gaîne de plusieurs nerfs rachidiens; teinte violacée de la dure-mère; petite quantité de sérosité limpide dans l'arachnoïde rachidienne, dont le feuillet viscéral est soulevé par une couche albumineuse et purulente, fort épaisse vers la région lombaire. Pulpe nerveuse saine; pas de tubercules dans les viscères ([2]).

CCCLXXIX° Obs. — Garçon, dix ans. 23 mai, vomissements, céphalalgie frontale, délire; pouls fréquent; face alternativement rouge et pâle; réponses lentes, justes; langue sale; inappétence; délire ou somnolence. 25, contraction des muscles postérieurs du cou et du tronc; cris; visage vermeil; météorisme du ventre; gar-

([1]) Hache, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 274.
([2]) Constant (service de Baudelocque), *Gazette médicale*, 1835, t. III, p. 71.

gouillement dans la fosse iliaque droite; taches rosées sur l'abdomen; peu de fièvre; agitation. 26, pupilles dilatées; tache méningitique; assoupissement. 27, herpès labial; roideur tétanique du cou; sensibilité diminuée; mouvement conservé; pouls 128; chaleur. 29, émission involontaire des urines. 30, faiblesse des membres gauches. 31, froncement fréquent des sourcils. 3 juin, sueur. 4, grands cris; sensibilité générale exaltée; mouvements convulsifs de la face; toux; râles sous-crépitants à la base à droite. 9, intelligence moins nette; roideur des membres gauches; dilatation très grande de la pupille droite. 10, insensibilité, résolution des membres gauches. 11, retour de l'intelligence et du mouvement. 16, vomissements; sensibilité exaltée dans le côté droit; contracture des membres; pouls 116. 17, diminution de la sensibilité du côté gauche. Du 19 au 30, vomissements; stupeur; sensibilité obtuse; somnolence; cris; trismus; tuméfaction de la région parotidienne. Mort. — Sérosité un peu louche dans l'arachnoïde; adhérence des méninges à la substance corticale par une couche de sérosité épaisse, gélatiniforme. A la base, fausses membranes, dans lesquelles le microscope fait découvrir des globules de pus, et qui recouvrent les nerfs olfactifs et optiques, l'espace cendré, les pédoncules cérébraux, la protubérance annulaire, et la face supérieure du cervelet. Sérosité trouble dans les ventricules et dans la cavité de l'arachnoïde spinale; des couches membraneuses purulentes ou albumineuses font adhérer en plusieurs points les deux feuillets de cette méninge. Matière purulente entre les nerfs de la queue de cheval. Moelle et encéphale sains. Plaques rouges à la face interne de l'estomac; état normal des ganglions mésentériques, des poumons et des ganglions bronchiques (1).

CCCLXXXe Obs. — Garçon, onze ans; rougeole l'an dernier. 30 mars, céphalalgie, vomissements, syncope, face exprimant la souffrance, sens et intellect sains; tête un peu renversée en arrière, plus douloureuse quand on la remue; sensibilité générale exaltée, douleur épigastrique, pouls 124, tache méningitique prononcée, face pâle et rouge alternativement; agitation, mouvements convulsifs du visage et des jambes, œil animé, pupilles dilatées; le malade parle tout seul, se lève, court, crie et semble se disputer. Pouls 88, carphologie, haleine fétide, sensibilité exagérée. Quand on pince les membres gauches, qui paraissent paralysés, le bras droit se remue; roideur du cou, évacuations involontaires, pouls 128. Mort le sixième jour. — Dure-mère rouge, violacée. Pie-mère injectée. Un peu de sérosité dans l'arachnoïde. Pus sur les lobes antérieurs et moyens du cerveau, à la base avec fausses membranes, dans les scissures de

(1) Bechet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1852, n° 302, p. 43.

Sylvius, à la face inférieure du cervelet et sur son lobe moyen. Dans le rachis, dure-mère et pie-mère très injectées jusqu'au renflement cervical. Depuis celui-ci jusqu'à la queue de cheval, la moelle est entourée d'une couche épaisse de pus bien lié, abondant à la région lombaire. Base du poumon droit hépatisé. Pas de tubercules (1).

CCCLXXXI° Obs. — Garçon, treize ans. Mars, épistaxis, céphalalgie, assoupissement, pouls irrégulier, 80-72-88-76-104; ventre ballonné, pas de gargouillement; le thermomètre, sous l'aisselle, donne 41°; constipation, délire. La céphalalgie augmente par le mouvement, par la pression sur l'occiput; roideur du cou, du tronc; tête inclinée à gauche, froncement des sourcils, œil gauche moins ouvert, contraction plus prononcée du côté gauche de la face, frissons, froid et en même temps sueur. Mort le sixième jour. — Dure-mère et pie-mère injectées. Pus dans l'arachnoïde des fosses occipitales, et sur les hémisphères entre la pie-mère et l'arachnoïde. Dure-mère et pie-mère rachidiennes très injectées. Dans l'arachnoïde, grande quantité de pus. Il y en a aussi autour de la moelle. Sérosité louche et pus dans les ventricules (2).

CCCLXXXII° Obs. — Fille, quatorze ans; longue exposition à un soleil ardent, peur très vive. Douleur violente à l'occiput et au cou, augmentant par la pression; immobilité du tronc, supination, cuisses écartées et membres supérieurs fortement rapprochés du thorax; convulsions, face rouge, sueur abondante et générale, yeux convergents, rouges; pupilles resserrées, immobiles; perte de connaissance, retour quand on parle très haut; coma, stupeur, fièvre ardente, cris lugubres, contraction très forte des mains et des membres, comme dans le tétanos; respiration anxieuse, suppression d'urine, sans intumescence du ventre; coma. Mort le septième jour. — Adhérence des méninges au cerveau. Inflammation plus intense dans les anfractuosités, où les vaisseaux sont très injectés et où des petits abcès donnent une humeur ichoreuse, principalement au-dessous de la pie-mère. Même inflammation et suppuration autour de la moelle épinière (3).

CCCLXXXIII° Obs. — Fille, quatorze ans, bien constituée, ancien favus, traité par les frères Mahon. 19 janvier, céphalalgie sus-orbitaire, faiblesse, inappétence, fièvre, face pâle, stupeur, pupilles

(1) Bechet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, p. 28.

(2) *Idem, ibidem*, p. 37.

(3) Racchetti, *Della structura, delle funzioni, et delle malattei della medulla spinale*. Milano, 1816, p. 371. (J. B. Mayer, *De sano et morboso medullæ spinalis statu*. Vindobonæ, 1818, p. 28.)

dilatées, contractiles; yeux peu sensibles; intelligence, sensibilité, motilité intactes, réponses lentes, peau chaude, sèche; pouls 120, croûtes noirâtres sur les lèvres, langue rouge, sèche; constipation. 26, délire, décubitus dorsal, immobilité, altération des traits, bouche écumeuse, plaintes, mains souvent portées au front, pression de la fosse iliaque droite douloureuse, selles liquides, involontaires; roideur du tronc, somnolence, légères convulsions des membres, pouls petit et très accéléré. Mort le 27. — Couche de pus épais, mais fluide, sur l'arachnoïde cérébrale. A la face inférieure du cerveau et autour de la protubérance, le pus est concret et membraniforme; si on l'enlève, la couleur de l'arachnoïde ne paraît pas changée. Pie-mère injectée. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde a une couleur rosée, mais ne présente pas de pus. Cerveau ferme, sablé. Sérosité limpide dans les ventricules. Surface interne de l'arachnoïde spinale recouverte d'une couche de pus. Moelle pâle et molle. Rougeur à la fin de l'iléon. Quelques ulcérations dans le cœcum (1).

CCCLXXXIVe Obs. — Sculpteur, quinze ans, grand, bien développé. 25 mars, tête lourde, douloureuse; jambes faibles, vomissesements, nuit agitée. 26, céphalalgie, douleur de tête prolongée le long du rachis, bras engourdis, contracture des membres inférieurs. 27, décubitus latéral gauche, tête renversée en arrière, opisthotonos, bras roides et ramenés vers le tronc, yeux fermés dans la veille, entr'ouverts dans l'état de somnolence; pupilles contractées, mobiles; langue sèche, brunâtre; intelligence conservée, réponses assez justes, mais difficilement obtenues; chaleur modérée, pouls 87-108, ventre souple, constipation. 28, amendement des symptômes, parole facile, pouls 97. 20, recrudescence, contracture, mouvements convulsifs, agitation, délire, cou roide, yeux fermés. pouls 110-131, coma, dysphagie. Mort le 1er avril. — Beaucoup de sang dans les sinus et les vaisseaux de la dure-mère et dans les vaisseaux cérébraux. Méninges rouges. Plaques de pus concret adhérentes à la pie-mère. Collection purulente à la base du cerveau, dans l'espace sous-arachnoïdien interpédonculaire, sur le chiasma des optiques, dans les scissures de Sylvius, autour de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien; ce pus est concrété. Pus jaune-verdâtre dans l'arachnoïde spinale. Cerveau ferme, piqueté. Sérosité lactescente et un peu de pus dans les ventricules. Moelle plus consistante qu'à l'état normal (2).

CCCLXXXVe Obs. — François Sartout, dix-huit ans, de Castel-

(1) Hache, *Journal hebdomadaire*, 1833, t. XI, p. 269.

(2) Dufrène, dans Drozdowski, Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1843, n° 103, p. 35.

bouix (Basses-Pyrénées), charpentier, constitution assez forte, tempérament lymphatico-sanguin; il y a quatre ans, fièvres intermittentes rebelles, et revenues l'an dernier avec un dérangement assez grave des fonctions digestives. — Le 11 juillet 1850, il éprouve une céphalalgie vive, principalement localisée à la région frontale; des vertiges, des sifflements d'oreilles, des douleurs vagues aux membres supérieurs et inférieurs, une sensibilité à l'épigastre, augmentée par la pression; la bouche est amère et sèche, la soif ardente; il y a des nausées, des vomissements jaunâtres, amers, bilieux et quelques selles liquides. Le même jour, le malade a été pris de fièvre, sans frissons, seulement avec chaleur et sueur. — Le 13, François Sartout entre à l'hôpital Saint-André, service de la clinique interne, et présente les symptômes suivants : peau presque froide; pouls déprimé, peu fréquent; décubitus dorsal; affaissement, regard fixe. Ce malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse; il paraît ne pas faire attention aux personnes qui l'entourent. Pulvérulence des narines; lèvres sèches; dents sèches et comme cirées; la muqueuse des gencives présente des traînées blanchâtres analogues à celles que laisse la cautérisation avec le nitrate d'argent; langue sèche, froide, présentant un enduit jaunâtre; bouche amère; soif ardente; nausées; ventre douloureux à la pression vers l'épigastre et un peu dans les fosses iliaques; léger gargouillement dans ces régions; deux selles diarrhéiques. On remarque aux membres inférieurs des taches pétéchiales violacées, que la pression ne fait pas disparaître; il y en a quelques-unes sur le ventre; ces taches sont surtout apparentes à la partie postérieure des cuisses; elles sont assez étendues, séparées les unes des autres; quelques-unes sont confondues. La percussion thoracique et l'auscultation n'offrent rien de particulier. (Tisane de riz; potion avec extrait mou de quinquina, 3 grammes; laudanum de Sydenham, 10 gouttes.) Soir, la peau est devenue chaude, ainsi que la langue; les gencives offrent une teinte rouge; la langue, les lèvres et les dents sont encore très sèches; le ventre est un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche; il y a un gargouillement manifeste dans ce dernier point, mais pas de selle diarrhéique; légère moiteur. — 14, chaleur modérée de la peau; pouls non fréquent, petit, s'effaçant facilement sous le doigt, offrant de temps en temps quelques inégalités; affaissement; stupeur; pupilles resserrées; langue couverte d'un enduit jaune, blanchâtre, sèche, ainsi que les lèvres et les dents; gargouillement très évident dans la fosse iliaque droite; la pression sur ce point développe de la douleur; il y a une légère tension du ventre; pas d'évacuations alvines depuis hier. Sur les membres supérieurs, on remarque des pétéchies

semblables à celles que le malade a présentées aux inférieurs. Depuis ce matin, il éprouve des douleurs abdominales; et dans les membres les douleurs sont tellement vives qu'elles arrachent des cris et provoquent de continuels changements de position dans le lit; la céphalalgie persiste avec la même intensité; léger délire. (Musc, 0,30; laudanum de Sydenham, 10 gouttes; vésicatoires aux jambes; tisane d'orge.) Le soir, sueur abondante; pouls calme; pas de délire; langue toujours sèche. — 15, agitation continuelle; le malade se tourne sans cesse dans son lit; lèvres sèches; la langue est plus humide qu'hier, avec un enduit jaunâtre; aucune évacuation; pouls fréquent; les membres présentent quelques pétéchies, au centre desquelles se forment des vésicules pleines d'un liquide roussâtre, avec une circonférence livide; ventre affaissé; la céphalalgie persiste. (Vésicatoire à la nuque.) Soir, le pouls offre la même fréquence que le matin; la peau est chaude; l'agitation est moins grande; le malade se plaint toujours d'éprouver ue douleur très forte, mais qu'il ne localise pas; la langue est plus humide que le matin; pas d'évacuation. — 16, moins d'agitation et de cris; la tête est fortement renversée en arrière sur la colonne vertébrale; tension des muscles de la région cervicale postérieure. Lorsque l'on cherche à ramener la tête ou à lui faire exécuter des mouvements de rotation, le malade paraît éprouver de vives douleurs; pupilles dilatées; sueur ce matin; pouls peu fréquent, un peu développé; les lèvres sont toujours sèches ainsi que les dents; la langue est humide, sans rougeur des bords ni de la pointe. Contracture des muscles abdominaux et des membres supérieurs; le mouvement des articulations est très douloureux. Cris; délire pendant la nuit; il persiste encore ce matin; cependant le malade comprend par moments les questions qu'on lui adresse. Aucune évacuation; l'éruption a pâli et diminué aux cuisses; quelques pustules présentent l'aspect de l'ecthyma. (Lavement avec sulfate de quinine, 0,80; onctions mercurielles sur la tête et sur le ventre.) Le soir, sueur abondante; le délire continue; face colorée. — 17, peau chaude; un peu de moiteur à la face; pouls petit, serré, parfois irrégulier, 96-100; tête toujours fortement renversée en arrière; il est impossible de la ramener dans sa position normale, et les efforts que l'on tente pour y arriver paraissent faire éprouver une vive douleur; yeux fermés; lèvres, dents, langue sèches; pupilles très dilatées; il y a de la contracture dans les membres inférieurs. Rigidité des parois abdominales moins intense. Hier, le malade a demandé à uriner; pas d'évacuations alvines; délire toute la nuit; délire encore ce matin; cependant le malade comprend ce qu'on lui dit; ainsi, il a très bien tiré sa langue. Pas de soubresauts des tendons. Respiration rapide,

courte; il est impossible de compter le nombre des inspirations. Les taches des membres supérieurs ont presque entièrement disparu; celles des membres inférieurs ont diminué; l'émission des urines est involontaire; elles ont une odeur fortement ammoniacale; pas de météorisme du ventre. (Calomel, 1 gramme, en quatre doses.) Soir, peau chaude; pouls petit, 120; le délire continue; la langue est complètement sèche, râpeuse, avec un enduit brunâtre; aucune évacuation. (Calomel, 1 gramme.) — 18, décubitus dorsal; la tête n'est plus renversée; elle est revenue presque complètement à sa position ordinaire; les yeux sont ouverts; les pupilles sont un peu dilatées, et se resserrent à peine; les lèvres sont sèches, et ainsi que les dents, recouvertes de croûtes brunes; la langue est entièrement sèche; ce n'est qu'avec peine que le malade peut la tirer, et, après lui avoir fait exécuter différents mouvements, il ne peut la rentrer qu'avec difficulté. Pas d'évacuations après avoir pris le calomel prescrit; la dose a été renouvelée; émission des urines involontaire; l'abdomen se tend; il y a un peu de sonorité tympanitique à la percussion. La contracture des membres a disparu en partie, mais le mouvement que l'on imprime aux articulations paraît faire éprouver de la douleur. Les taches que présentaient les membres ont presque disparu, surtout aux bras. Délire continu; paroles incohérentes; on remarque quelques soubresauts des tendons; les mouvements de rotation de la tête ne peuvent s'exécuter; carphologie; la main gauche a ses trois derniers doigts assez fortement contractés, le pouce est appliqué contre eux; pouls 120. (Calomel, 1 gramme, en quatre doses; infusion de valériane, 100.) Midi, décubitus dorsal; affaissement de plus en plus grand; face couverte d'une sueur froide; pouls petit, déprimé, presque imperceptible; yeux ouverts, immobiles; le malade fait entendre, par intervalle, quelques mots incompréhensibles; pas d'évacuations. Mort à trois heures du soir.

Nécropsie. — Rachis : après avoir ouvert la dure-mère vertébrale, et l'avoir incisée dans toute son étendue, on s'aperçoit que la moelle est recouverte à sa partie postérieure, depuis le bulbe jusqu'à la région lombaire par une fausse membrane très épaisse, d'un jaune un peu pâle; cette fausse membrane est molle, résiste peu quand on veut la séparer de la moelle; elle paraît formée par du pus concrété; si on l'enlève avec précaution, on trouve au dessous d'elle la pie-mère rachidienne, et le feuillet arachnoïdien, qui est transparent; les vaisseaux de ces membranes sont très injectés. Le siége occupé par cette couche purulente membraniforme est évidemment entre les deux feuillets de l'arachnoïde. A la partie inférieure du canal rachidien, dans la région lombaire, on trouve du pus en assez grande quantité; ce pus est liquide, mais épais. A la partie supé-

rieure de la moelle, prés du bulbe, on rencontre un petit épanchement de 5 ou 6 grammes de sérosité légèrement sanguinolente. La fausse membrane enlevée, on constate que la moelle épinière n'offre pas de ramollissement, mais que son volume a sensiblement diminué; elle est réduite à l'état d'un cordon assez mince. Crâne : les vaisseaux de la dure-mère sont très injectés; on remarque des adhérences nombreuses le long du sinus longitudinal supérieur; ces adhérences sont faciles à détruire et laissent voir alors des portions de pie-mère parsemées de granulations d'une teinte un peu jaunâtre. La substance cérébrale n'offre pas de ramollissement; elle est fortement injectée. Les ventricules latéraux et moyen contiennent environ 20 grammes d'un liquide séro-purulent; le septum lucidum a complètement disparu; la voûte à trois piliers offre un ramollissement considérable, ainsi que la face inférieure du corps calleux; les couches optiques, les corps striés sont également très ramollis. Le mésocéphale n'offre rien de particulier. Le cervelet présente à sa partie inférieure une couche épaisse de pus jaunâtre concrété, dont le siége est placé entre la pie-mère et l'arachnoïde. Les deux poumons sont parfaitement sains. Le cœur est peu volumineux; les parois du ventricule et de l'oreillette droits sont un peu amincies; les orifices sont libres. Abdomen : foie sain; la rate a quinze centimètres de longueur; son tissu est dense et résiste quand on le coupe. Reins sains; le gauche offre seulement quelques taches blanchâtres, analogues à celles que l'on observe quelquefois à la surface du cœur. L'estomac est distendu par une matière verdâtre; sa muqueuse est injectée et paraît ramollie dans quelques points; dans d'autres points, près du pylore surtout, on remarque de véritables ecchymoses. La muqueuse du duodénum offre une surface un peu granuleuse, mais sans rougeur; la muqueuse de l'intestin grêle et des gros intestins est parsemée d'arborisations; de loin en loin on aperçoit quelques ecchymoses, mais il n'y a ni plaques, ni ulcérations; seulement, quelques follicules près du cœcum sont assez développés. Les glandes mésentériques sont très engorgées.

CCCLXXXVI[e] Obs. — Homme, vingt-un ans, dysurie; délire, coma, pupilles peu dilatées, pouls petit, concentré, fréquent; douleur à la partie postérieure de la tête et du cou et le long du rachis, tête en arrière, yeux dirigés en haut, trismus, résolution des membres abdominaux, stertor. Mort le quinzième jour. — Sur la protubérance et sur le prolongement rachidien, l'arachnoïde est tapissée d'une matière épaisse, albumineuse ou puriforme très adhérente. Dans les ventricules, sérosité purulente. Plexus choroïdes épais, consistants [1].

[1] Pezerat, *Journal complémentaire*, t. XXXV, p. 307.

CCCLXXXVII[e] Obs. — Soldat, vingt-un ans, nostalgie, coups reçus; maux d'oreilles, vomissements. 24 novembre, stupeur, renversement de la tête en arrière, pouls dur et fréquent, respiration libre, entrecoupée de soupirs, agitation; main souvent portée à la tête, sensibilité vive de tout le corps, pupilles mobiles, décubitus latéral, opisthotonos, trismus, gémissements, soubresauts des tendons, roideur des membres, sueur d'odeur ammoniacale. Mort le 27. — Exhalation purulente verdâtre, visqueuse, consistante, entre la pie-mère et l'arachnoïde, surtout le long des anfractuosités, sur la convexité du cerveau, à la base, et sur le cervelet, la protubérance, le bulbe et sur le cordon rachidien, dans toute son étendue. Sérosité trouble et comme floconneuse dans les ventricules. Phlogose à l'estomac et au cœcum (1).

CCCLXXXVIII[e] Obs. — Homme, vingt-un ans, lymphatique, bonne constitution. A sept ans, affection cérébrale ayant laissé l'intellect faible. Depuis un an, amblyopie; il y a deux mois, étourdissements, perte de connaissance, fracture de la clavicule en tombant, délire furieux, puis céphalalgie et point de côté. 8 février, paraplégie, fourmillement dans les pieds, les genoux, les jambes; sensibilité conservée, douleur lombaire s'étendant aux flancs, pupilles dilatées, parole embarrassée; pas de trouble intellectuel. Inappétence, langue blanche et humide, urines claires et sans dépôt, miction difficile, pouls 100. 13, roideur de la partie postérieure du cou, céphalalgie, trouble de la vue. Ni délire, ni mouvements convulsifs; constipation, rétention d'urine, vomissements, pouls 120. 14, pupille gauche plus dilatée que la droite. 15, délire, coma, paroles inarticulées, insensibilité de tout le cercle inférieur. 16, flaccidité générale, sauf le cou, qui est roide et courbé en arrière. — Pus abondant sur tout le pourtour de la moelle épinière, qui est saine. Méninges très injectées dans le rachis, rouges et adhérentes autour du cervelet, qui est sain, mais recouvert par un pus bien lié et abondant. Ventricules cérébraux très dilatés par un verre et demi environ de sérosité incolore. Septum lucidum transformé en une cavité assez grande, contenant du liquide. Arachnoïde ventriculaire très consistante, d'un blanc mat. Plexus choroïdes rouges. Pus le long de l'hypocampe droit (2).

CCCLXXXIX[e] Obs. — Femme, vingt-deux ans; douleur dans l'hypocondre droit; céphalalgie rendant insupportables le bruit et une lumière vive; hémiplégie gauche, bras douloureux; délire; douleurs à la nuque, au dos et aux reins; rétention d'urine, pouls 80, soif et

(1) Gama, *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*. Paris, 1835, p. 484.
(2) Briquet, *Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 133.

chaleur. Mort au bout de quatre mois. — Effusion séreuse considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cerveau recouvert de taches de lymphe coagulable. Dans les ventricules, sérosité mêlée de pus et de lymphe coagulable. Mêmes apparences à la base et à la face inférieure du cervelet et de la moelle allongée. L'artère basilaire est recouverte par la même matière, qui continue à entourer la moelle épinière dans une grande étendue. Vésicule biliaire enflammée et contenant quelques calculs (¹).

CCCXC^e OBS. — Soldat, vingt-deux ans, petit, grêle. Gale. 8 mai, excès d'eau-de-vie, sommeil en un lieu exposé aux rayons du soleil, agitation, cris. 9, respiration haute, suspirieuse; pouls petit, fréquent, 90; peau chaude et sèche; langue aride, rouge; déglutition gênée; nausées, épigastre douloureux à la pression, céphalalgie générale, peau du front ridée, clignotement des paupières, yeux sensibles à la lumière, ouïe exaltée, gêne dans les mouvements du cou et du tronc, somnolence, stupeur, mais si on touche le malade, agitation très vive; efforts pour sortir du lit, cris aigus, convulsions de la face, propos vagues, réponses difficilement obtenues. 10, face vultueuse, regard fixe, pupilles dilatées, immobiles; yeux rouges, larmoyants; contraction et roideur des muscles érecteurs du tronc et du cou, décubitus sur le côté gauche, parole nulle, diarrhée, évacuation involontaire des urines. 11, respiration courte, embarrassée; pouls fréquent, roide, parfois intermittent; déglutition très difficile, œdème érysipélateux du côté gauche de la face, yeux ternes et immobiles, pupilles très dilatées et insensibles, soubresauts des tendons, état tétanique du cou et du tronc plus prononcé. Mort. — Vaisseaux de la dure-mère gorgés d'un sang noir et coagulé. Inflammation de l'arachnoïde cérébrale, qui est rouge, épaisse, injectée sur les hémisphères et à la base, et est couverte d'une exsudation séro-purulente très considérable. Cette exsudation forme, à gauche, une couche épaisse entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Vis à vis la fosse frontale, léger épanchement de sang. Pie-mère infiltrée. Substance cérébrale rosée, sablée de points rouges, mais assez ferme. Six onces de sérosité jaunâtre dans les ventricules latéraux. Arachnoïde spinale enflammée, très épaissie dans tout son trajet, et présentant une exsudation séro-purulente très abondante, surtout vers la partie inférieure du canal rachidien (²).

CCCXCI^e OBS. — Femme mariée, couturière, vingt-quatre ans, bien réglée. Travail prolongé, nourriture insuffisante; un accès de

(¹) Howship, *Practical Observations in surgery and morbid anatomy*, p. 74.
(²) Biett, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1814, nº 73, p. 16.

fièvre chaque semaine. 22 novembre, céphalalgie frontale, bourdonnement d'oreilles, abattement, anorexie, ballonnement du ventre, gargouillement à la fosse iliaque droite. 28, augmentation de la fièvre, regard fixe, étonné, soubresauts des tendons, tremblement des membres, réponses justes, mais lentes; difficulté de tourner la tête, roideur à la nuque, pouls développé, fréquent, irrégulier; bruit de souffle rude, puis doux à la base du cœur, au premier temps, rude dans les carotides; peau chaude. 2 décembre, délire, vomissements bilieux. 5, diarrhée. 10, fièvre (caillot consistant couvert d'une couenne épaisse), vomissements, douleur vive de la tête et de la nuque, faiblesse, anxiété dans la position assise. 12, délire violent, puis tranquille; coma, gémissements, sensibilité exaltée, yeux égarés, vue obscure, pupilles dilatées, urines involontaires. 20, strabisme divergent. 22, pupilles inégales, un peu contractées. 23, état fuligineux de la langue et des dents. 28, stertor, mort. — A la base du cerveau, couche opaque blanche de matière purulente au-dessous des membranes, se prolongeant sur le mésocéphale et les pédoncules du cervelet. Petit dépôt purulent dans l'angle rentrant antérieur du chiasma des optiques. Sérosité trouble lactescente dans les ventricules latéraux; injection vasculaire de leur paroi inférieure. Septum ramolli. Substance cérébrale en général consistante. Sur la moelle allongée, méninges épaissies opaques, ramollies, en état de putrilage. Dans le rachis, au milieu de la région dorsale, petits flocons purulents sur l'arachnoïde, qui semble perforée. Couche pseudo-membraneuse d'un blanc grisâtre, comme gélatiniforme, placée entre la pie-mère et la moelle dans toute son étendue. Celle-ci est saine. Endocarde épaissie. Développement des follicules de l'intestin grêle, psorentérite. Rate hypertrophiée. Rien dans les articulations ([1]).

CCCXCII^e Obs. — Femme, vingt-cinq ans, forte constitution. 12 octobre, symptômes gastriques, céphalalgie. Huit jours après, accès de fièvre, vomissements, forte douleur à l'occiput et sur les côtés du cou, retour des accès en tierce. Du neuvième au dix-huitième jour, douleurs vives dans les membres abdominaux pendant les accès. Même marche jusqu'au vingt-quatrième jour. Alors, délire, fièvre continue avec des exacerbations, yeux hagards, intelligence engourdie, assoupissement, douleurs dans les bras et les jambes, les tempes et le cou. Vingt-neuvième jour, coma, prostration extrême, yeux en haut, à moitié couverts; strabisme. Mort le trentième jour. — Arachnoïde opaque, épaisse sur le mésocéphale, le cervelet et le bulbe. Pus infiltré entre elle et la pie-mère. Même altération sur

([1]) Claude (service de Rayer, à la Charité), *Revue médicale*, 1849, t. I, p. 41.

toute la moelle épinière. Dans tous les ventricules, beaucoup de sérosité trouble contenant du pus; leur membrane interne est opaque et épaissie [1].

CCCXCIII^e Obs. — Homme, trente ans, bien constitué. Mars, faiblesse des membres inférieurs, possibilité de se tenir debout contre un mur, mais impossibilité d'avancer un pied et de marcher; paralysie égale des deux côtés, insensibilité de la peau à la partie antérieure des cuisses et aux jambes, maigreur des membres inférieurs, douleur au niveau de la partie supérieure du bassin; appétit, sommeil. 19 juillet, céphalalgie. 24, photophobie, affaiblissement des membres supérieurs sans perte de la sensibilité. 3 août, amaigrissement général, assoupissement, immobilité; douleur à la vessie, qui est distendue; urine acide. Pouls 72; délire sourd, cris perçants, grincements des dents, yeux sensibles à la lumière, un œil reste fermé; diarrhée. Mort le 9. — Os du crâne très épais. Sang noir coagulé dans le sinus longitudinal supérieur. Arachnoïde, à la convexité du cerveau, opaque. Exsudation purulente dans la pie-mère, qui se détache facilement des circonvolutions assez consistantes. Sérosité trouble dans les ventricules. Septum et voûte peu consistants. A la base, méninges opaques, adhérentes aux parties sous-jacentes. Substance cérébrale normale. Vaisseaux rachidiens injectés. A la partie inférieure de l'arachnoïde spinale, dépôt d'une matière gélatiniforme. Plus haut, petits points blancs, ronds, comme des granulations. Membrane de la rate offrant des traces de cartilaginification. Reins durs, épais, gros, gorgés de sang et comme ecchymosés. Épanchement de sang noirâtre dans les calices. État bourbeux et purulent de l'urine contenue dans la vessie, dont les parois sont tapissées par une exsudation plastique [2].

CCCXCIV^e Obs. — Homme, trente ans, fatigues morales et physiques. Avril, céphalalgie, fièvre avec exacerbations régulières, douleur, roideur du cou, pouls 100, peau chaude, sèche; météorisme du ventre, diarrhée, taches lenticulaires rosées sur l'abdomen, râles sibilants et ronflants, rétention d'urine, agitation, délire, carphologie, soubresauts des tendons, respiration accélérée, stertoreuse; coma. Mort le septième jour. — Sous l'arachnoïde de la surface cérébrale, couche de lymphe plastique et de sérosité purulente, qui se prolonge sur la moelle épinière. Pie-mère rouge, injectée, se séparant facilement de la substance cérébrale non ramollie, mais injectée. Plexus choroïdes injectés. Beaucoup de sérosité dans les ventricules.

[1] Deslandes, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1817, nº 119, p. 9.

[2] Rayer, *Maladies des reins*, t. I, p. 535.

Plaques de Peyer ponctuées comme une barbe fraîche. Ganglions mésentériques sains. Pas de lésion des poumons, ni du cœur. Pas de tubercules ([1]).

CCCXCV° Obs. — Femme jeune, forte constitution; vive contrariété. A huit jours d'intervalle, deux accès caractérisés par une forte céphalalgie et des vomissements bilieux; délire, agitation, constipation, éruption d'herpès labialis, puis rachialgie intense, regard égaré, face hébétée, gargouillement et douleur dans la région iléo-cœcale, rémission. Mort. — Traces d'inflammation dans tout l'axe cérébro-spinal. Sérosité purulente entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde qui est opaque, et la pie-mère rachidienne, qui est injectée. Cordon médullaire ramolli. Sérosité sanguinolente dans les ventricules cérébraux. Rate molle ([2]).

CCCXCVI° Obs. — Sallenave (Paul), quarante-sept ans, de Salles (Hautes-Pyrénées), domicilié à Saint-Aubin (Gironde), tisserand, constitution peu forte, stature moyenne, conformation régulière, tempérament sanguin, iris brunes, cheveux noirs, peau d'une teinte basanée. Depuis un mois, douleur légère dans la région lombaire, devenue fort intense; mouvements et marche presqu'impossibles, flexion du tronc très pénible, toux, dyspnée; ni expectoration, ni douleur au thorax; inappétence, vomissement de matières bilieuses sans douleurs abdominales, selles régulières, fièvre continue. Ce malade entre à la clinique interne de l'hôpital Saint-André le 3 avril 1844. Peau chaude, pouls plein, fréquent; céphalalgie, toux fréquente, sèche; point de douleur thoracique; dyspnée, oppression, respiration plaintive, percussion peu claire dans tout le thorax; le bruit respiratoire s'entend; il existe un léger râle muqueux; point de palpitations de cœur, bruits de cet organe normaux, douleur lombaire sans tuméfaction ni rougeur, augmentant par la pression, par la toux, et rendant la marche presqu'impossible; tous les mouvements sont très pénibles; décubitus dorsal; point de fourmillements dans les jambes ni les pieds, mais le malade prétend y éprouver des contractions quand il veut les remuer. Inappétence, soif, abdomen souple, indolent, selles normales, langue sèche, râpeuse, sans enduit. (Saignée du bras; six ventouses scarifiées sur la région lombaire; tisane de guimauve; looch calmant; bouillon; lait.) Soir, fièvre intense, douleur lombaire persistante, toux légère, langue très sèche, râpeuse; soif. — 4, la douleur lombaire a presque disparu; faiblesse très grande, toux fréquente, langue sèche, râpeuse, brunâ-

([1]) Gosset (service de Vigla, à la Maison de Santé), *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 234.

([2]) Aviolat, *Recueil des Travaux de la Société médicale d'Observation*. 1857, t. I, p. 235.

tre; soif; céphalalgie intense, fréquence du pouls; le sang de la saignée montre une couenne épaisse, rougeâtre, très adhérente aux parois du vase; le caillot est dense; il y a peu de sérum. Le soir, fièvre, moins de sécheresse de la langue, céphalalgie. — 5, fièvre, langue très sèche et râpeuse, abdomen indolent, constipation, accablement, immobilité, oppression, peu de toux. (Vésicatoires aux jambes). Soir, peau très chaude, pouls fréquent, peu plein; abattement, abdomen un peu douloureux, météorisé; il est très chaud; langue fort sèche, râpeuse; soif; point de selles. — 6, décubitus dorsal, toux fréquente, expectoration nulle; point de douleur au thorax; percussion sonore, pas de phénomènes fournis par l'auscultation; bouche toujours sèche, légère stupeur, céphalalgie; point d'enduit fuligineux sur les dents; abdomen un peu douloureux, constipation, céphalalgie intense, pouls peu fréquent. (Potion avec extrait mou de quinquina, 2 gr.) Soir, stupeur, abattement, décubitus dorsal, oppression, respiration courte, intellect sain, fréquence du pouls, même état de la langue, point de selles, toux, céphalalgie. — 7, peau naturelle, pouls un peu fréquent, abdomen peu douloureux. Soir, peau chaude, pommettes colorées, pouls fréquent, bouche sèche, pâteuse; léger enduit sur la langue; abattement, intellect sain. — 8, pouls calme, peau naturelle, bouche plus humide. (Tisane d'orge gommée; potion avec extrait mou de quinquina, 2,00; sulfate de quinine, 40 c.) — 9, stupeur, coucher en supination, enduit grisâtre épais sur la langue, qui n'est plus sèche; bouche pâteuse, amère; soif, abdomen météorisé, principalement à gauche; pas de gargouillement, pas de selles; pouls fréquent; pupilles à l'état normal, toux moindre, céphalalgie. — Du 10 au 17, état à peu près stationnaire. — 17, abattement, prostration, décubitus en supination; la tête repose sur l'oreiller, mais elle peut être déplacée sans provoquer de vives douleurs; toux, langue sèche, un peu rouge; abdomen météorisé, constipation, état comateux. (Infusion de quinquina, 100 gr.; sinapismes aux membres inférieurs, etc.) — 18, langue rouge, humide; toux peu intense, pouls petit, fréquent; prostration des forces, céphalalgie, coma, pupilles à l'état normal. Soir, pouls plein, 100; stupeur; le malade répond à peine aux questions qui lui sont faites; respiration plaintive, urine rendue involontairement, langue très sèche, rouge, râpeuse; coma, céphalalgie. — 19, léger enduit fuligineux sur les dents, toux presque nulle, abdomen indolent, souple, un peu déprimé; pas de selles, délire sourd, pouls plein, fréquent. (Potion avec extrait mou de quinquina, 4,0.) — 20, prostration très grande, toux, pouls 106, tremblement des membres, dyspnée, oppression, urines involontaires, délire, enduit fuligineux sur la langue, percussion thoracique sonore dans les trois quarts inférieurs, légère matité

en haut; la respiration ne s'y entend pas, surtout à droite. — 21, perte complète de connaissance, sueur générale, extrémités peu chaudes, pouls irrégulier, très fréquent, 120; oppression très grande, respiration courte, précipitée; râles muqueux à grosses bulles, abdomen souple, déprimé; point de selles, urines involontaires. Mort le soir.

Nécropsie. — Maigreur assez grande; roideur cadavérique peu prononcée; point d'eschare sur le sacrum. La face inférieure du cerveau est largement tapissée par une couche épaisse de pus concret et jaunâtre, dont il est aisé de reconnaître la situation; il est recouvert par le feuillet viscéral de l'arachnoïde, que l'on peut détacher avec le scalpel; le pus suit la séreuse et laisse la pie-mère sur la substance cérébrale. Celle-ci est un peu ramollie; le ventricule gauche est baigné de pus assez épais et jaunâtre, paraissant provenir du plexus choroïde tuméfié et rouge; les parois du ventricule sont fortement tachetées de rouge; la corne d'Ammon a acquis un volume plus considérable que dans l'état normal. Le troisième ventricule est à peu près sain, ainsi que les tubercules quadrijumeaux, et la glande pinéale. Le quatrième ventricule a ses parois rouges et légèrement tachetées; le mésocéphale n'est pas altéré, seulement ses fibres sont fort apparentes; on les voit très bien se continuer dans les pédoncules cérébraux. La face postérieure de la moelle épinière est recouverte, dans toute son étendue, d'une couche de pus épaisse et jaunâtre; sa situation est la même que celle déjà indiquée, entre le feuillet viscéral et la pie-mère. La substance de la moelle est un peu ramollie dans la portion recouverte de pus. Il n'y a pas de sérosité dans les plèvres; le poumon droit adhère en quelques points aux parois; à son sommet, antérieurement, se trouve un petit abcès parfaitement circonscrit, ayant 3 centimètres dans un sens, 2 dans l'autre; autour, le tissu pulmonaire offre une légère hépatisation rouge, mais pas de tubercules, ni en aucun autre point. Les lobes moyen et inférieur sont très sains, ainsi que le poumon gauche. Le cœur est assez volumineux, mais normal. Abdomen : les anses intestinales sont partiellement météorisées; le foie est un peu volumineux; son tissu est normal; la rate l'est également. L'estomac est assez ample; la muqueuse qui le tapisse a un aspect grenu, grisâtre, se détache très aisément des autres membranes; dans les intestins, cette teinte disparaît; vers la fin de l'iléon, elle est remplacée par une légère arborisation vasculaire; point de développement des glandes de Peyer. Les reins sont exempts d'altération.

CCCXCVII^e Obs. — Homme, cinquante ans. Frisson, fièvre, céphalalgie, vomissement, morosité, cris, perte de connaissance, délire;

dilatation des pupilles; roideur du rachis; opisthotonos, coma. Mort le treizième jour. — Inflammation générale de l'arachnoïde cérébrale et spinale; couche de matière purulente sur sa surface. Sérosité purulente et floconneuse dans les ventricules latéraux et à la partie inférieure du canal rachidien ([1]).

CCCXCVIII[e] Obs. — Homme, cinquante-trois ans; travail à l'ardeur du soleil. En mars, frissons, céphalalgie, douleur aux poignets, perte de la parole, gémissements; yeux brillants; mouvements spasmodiques des membres; pouls lent, faible, puis fréquent, plein. Paroles incohérentes, ensuite nulles; assoupissement; sueur; respiration courte, précipitée; pupilles dilatées; mouvements de rotation de la tête sur l'oreiller. Mort le septième jour. — Vaisseaux de la dure-mère très injectés; épanchement gélatiniforme sur le cerveau; sérosité dans les ventricules; plexus choroïdes rouges; matière puriforme sur les nerfs optiques, sur le cervelet et dans le canal rachidien. Cerveau naturel; cervelet mou ([2]).

CCCXCIX[e] Obs. — Homme, soixante-un ans, au onzième jour d'une pneumonie. Hébétude; perte de connaissance; dilatation des pupilles; paupières fermées; strabisme droit; spasmes des muscles des membres, puis relâchement extrême; permanente contraction des muscles du rachis; sensibilité abolie. Mort le cinquième jour. — Arachnoïde généralement enflammée, infiltrée de matière purulente sur l'encéphale et sur le prolongement rachidien, principalement vers la région dorsale; liquide purulent dans les ventricules; un petit tubercule se trouve à la partie postérieure du ventricule latéral droit ([3]).

Troisième série. — *Méningite cérébro-spinale sporadique, avec production de fausses membranes.*

CD[e] Obs. — Enfant mâle, un an, bien constitué; il paraît hydrocéphale; son crâne mesure 46 centimètres de circonférence, et de la racine du nez à l'occiput, 35; fontanelle antérieure très large; on y sent de la fluctuation; veines superficielles apparentes et gonflées; pneumonie. Mort. — Crâne mou; il se coupe avec les ciseaux. Sous la dure-mère, 60 grammes de sang liquide altéré, et 10 grammes de sérosité sanguinolente; cerveau ferme, mais sa surface adhère à la pie-mère, qui est très vasculaire; arachnoïde pariétale tapissée par

([1]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 593, obs. 137 *bis*.

([2]) Matthey, *Mémoire sur l'Hydrocéphale*, p. 176.

([3]) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 592, obs. 137.

une fausse membrane très ancienne, qui, à gauche, est épaisse, opaque, et composée de deux feuillets entre lesquels sont contenus du sang liquide et des caillots. A droite, la fausse membrane est molle, mince, transparente et plus adhérente; de chaque côté, l'une et l'autre se prolongent jusqu'à la base du crâne. Une pareille fausse membrane organisée se trouve sur toute l'arachnoïde viscérale de la moelle; elle est très mince et se continue évidemment avec la fausse membrane intra-crânienne (1).

CDIe Obs. — Garçon, quatorze ans, lymphatique; bronchite. Douleur de tête, des membres et de la plante des pieds. Indigestion; céphalalgie violente; fièvre intense; sueur abondante; tête en arrière et à gauche; tronc arqué, rigide; opisthotonos; paupières entr'ouvertes; pupilles dilatées, surtout la droite; stupeur; céphalalgie occipitale; rêvasseries; bourdonnements; erreurs de vision; paralysie des membres inférieurs et du bras gauche; 41 inspirations; pouls 120; perte de connaissance; râle; sueur; sensibilité conservée. Mort à la fin du cinquième jour. — Arachnitis à la base et derrière le cerveau; méninges très épaissies devant la protubérance, avec infiltration séreuse. Sérosité dans les ventricules. Cerveau, cervelet un peu mous; dure-mère rachidienne rouge; arachnoïde sous-jacente, dans l'étendue de six à sept pouces, rouge, épaisse, couverte d'exsudations couenneuses. Dans le canal vertébral, sérosité sanguinolente. Quelques tubercules pulmonaires (2).

CDIIe Obs. — Fille, quinze ans, non réglée. Depuis deux mois, céphalalgie, faiblesse des membres inférieurs, constipation; en outre, depuis deux jours, déviation de la bouche à droite. 7 août, pouls 68-72, faible; vertiges; douleur et roideur à la partie postérieure du cou; délire loquace; pupilles naturelles; strabisme; rigidité du tronc, qui ne peut être fléchi; le corps se meut tout d'une pièce; somnolence; le sang donne 2,8 de fibrine; pouls 104. 11, abolition du mouvement avec conservation de la sensibilité et sans contracture dans les membres gauches; céphalalgie limitée au côté droit du front; pupilles égales, peu mobiles; tête portée sur l'épaule gauche; immobilité du côté gauche de la face; contracture des muscles du côté droit du cou, tirant la tête de ce côté; plaintes; intellect conservé; assoupissement; pas de réponses; selle involontaire. 16 août, 144 pulsations; œil droit fermé, sa pupille immobile et dilatée; contraction des mâchoires; un peu d'écume à la bouche; coma. Sang d'une saignée, fibrine, 5,2. Soubresauts des tendons. Mort le 21.

(1) Lorrain (service de Roger, Enfants-Trouvés), *Bullet. de la Soc. anat.*, 1852, p. 309.
(2) Parent du Chatelet et Martinet, *Arachnitis*, p. 559, 130e obs.

— Fausse membrane verdâtre, gélatiniforme, imprégnée de fibrine coagulée, recouvrant le chiasma des nerfs optiques, l'espace cendré perforé et la scissure; sérosité assez abondante et trouble dans les ventricules; trigone cérébral un peu ramolli. Infiltration séreuse opaline de la pie-mère rachidienne dans la région dorsale. Pas de tubercules dans les poumons; quelques plaques de Peyer un peu saillantes (1).

CDIII° Obs. — Joséphine Termantin, âgée de vingt-sept ans, de Biganos, domestique, est portée à l'hôpital Saint-André le 24 décembre 1849. On ne reçoit aucun renseignement sur les antécédents, sur la durée et la marche de la maladie actuelle. On observe l'état suivant : Face colorée aux pommettes; pouls petit, fréquent; épigastre un peu douloureux à la pression; langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais au centre; pas de toux; sorte d'exaltation morale, qui ne permet de tenir aucun compte des réponses très vagues et incohérentes de la malade. Il y a, en ce moment, des traces de menstruation. — 25 décembre, accès de fièvre hier soir; chaleur, sueur; mouvements involontaires et désordonnés des membres supérieurs; délire très fort; tête fortement appuyée en arrière contre l'oreiller, et un peu penchée du côté droit. La rotation de la tête est douloureuse; regard fixe; affaissement notable; réponses aux questions nulles ou insignifiantes; la langue n'est montrée qu'avec difficulté; évacuations involontaires. Les règles coulent. (Potion avec extrait mou de quinquina, 4 grammes; vésicatoires aux jambes; sulfate de quinine, 0,80 centigrammes, et laudanum de Sydenham, 6 gouttes; sinapismes aux pieds.) Soir, même état; affaissement notable; pupilles peu dilatées, yeux fixes; pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes; tête fortement renversée en arrière, déviée à droite; la rotation en est très douloureuse; la malade répond un peu mieux aux questions qu'on lui adresse, mais on remarque toujours un grand désordre dans ses idées; la langue présente un enduit blanc grisâtre au centre, sans rougeur des bords ni de la pointe; ventre tendu, mais indolent; évacuations involontaires. Mort le 26 de bonne heure.

Nécropsie. — Rigidité musculaire très prononcée. *Moelle épinière :* Les vaisseaux de la moelle sont injectés. La moelle présente, depuis le milieu de la région dorsale jusqu'à la queue de cheval, une fausse membrane assez épaisse, demi-transparente, blanchâtre, qui la recouvre complètement, surtout à sa face postérieure. Au-dessous de cette membrane, le tissu de la moelle ne présente aucune altération. Au niveau du bulbe rachidien, on trouve une sérosité d'un jaune

(1) Monneret, *Gazette des Hôpitaux*, 1844, p. 413.

trouble dont on peut évaluer la quantité à 8 ou 10 grammes. *Cerveau :* Injection manifeste de ses membranes. Adhérences le long du sinus longitudinal supérieur. L'arachnoïde, sur les lobes antérieurs, présente des fausses membranes très évidentes et un peu de pus. Léger piqueté de la substance cérébrale. Quelques points de ramollissement au niveau des scissures de Sylvius. Pas de sérosité dans les ventricules. Corps striés, couches optiques, corps calleux, voûte exempts d'altération. Le cervelet, à sa partie supérieure, offre un peu de ramollissement. — Poumon gauche très sain. Poumon droit offrant quelques adhérences. Cœur volumineux, distendu par des caillots fibrineux et noirâtres; orifices libres. Foie volumineux, gorgé de sang. Estomac resserré; les plis de la muqueuse sont très saillants. Duodénum et intestin grêle présentant une teinte rosée générale, qui n'est pas le résultat d'une véritable inflammation. Dans l'intestin se trouve un mucus jaunâtre, couleur gomme-gutte. Rate volumineuse d'un tissu dense, résistant, de couleur rouge. Reins, rien de particulier. Les ovaires et l'utérus, d'ailleurs à l'état normal, ont été l'objet d'un examen particulier et détaillé, vu la coïncidence de la menstruation. Ces détails seraient ici superflus.

CDIV[e] Obs. — Homme, trente-deux ans, vernisseur. 23 mai, courbature, céphalalgie, somnolence. 26, abattement, dilatation de la pupille gauche, pommettes rouges, pouls 72, résistant. 27, langue humide, abdomen rétracté, indolent; constipation, douleurs vives à la nuque, tête en arrière, intellect obtus, réponses vagues, pouls 92. 28, grimaces, contorsions de la face quand on remue la tête, pouls 104, peau chaude. 30, paupière supérieure gauche abaissée, rétention d'urine, coma, contracture des membres supérieurs, pouls petit, faible, 112-116; peau peu chaude, soubresauts des muscles du thorax, de la face et des membres supérieurs; tête en arrière et à droite, respiration précipitée, stertoreuse; face pâle. Mort le soir. — Peu de liquide céphalo-rachidien. Adhérences, concrétions membraniformes sur le lobe antérieur gauche, pénétrant entre les circonvolutions. Une petite fausse membrane est sur le lobe antérieur droit. A la face inférieure, entre les pédoncules, fausse membrane jaunâtre, tremblotante, prolongée sur les nerfs optiques, sur la protubérance annulaire. Sérosité dans le ventricule gauche. Beaucoup de liquide dans le canal rachidien; à la région dorsale, une fausse membrane analogue aux précédentes, très épaisse au milieu, couvre la partie postérieure de la moelle, qui est saine en général, mais ramollie en ce point (1).

(1) Le Juge, obs. rapportée par Léon Gros, *Union médicale,* 1859, t. III, p. 504.

CDV^e Obs. — Homme, quarante-trois ans, nerveux; excès vénériens. Tristesse, hallucinations, folie, démence, parole embarrassée, marche chancelante, mouvements convulsifs, sensibilité obtuse, évacuations involontaires, onanisme effréné, rétention d'urine, eschares au sacrum et aux trokanters. Mort. — Crâne épais. Sérosité trouble, prolongements filamenteux et fausses membranes dans l'arachnoïde crânienne, qui présente des plaques blanchâtres et une teinte de rouille. Infiltration séreuse sous-arachnoïdienne. Adhérences de la pie-mère avec la surface cérébrale. Cervelet très développé, rougeâtre, ainsi que la protubérance annulaire et le bulbe rachidien. Moelle épinière saine. Arachnoïde spinale contenant des prolongements filiformes et des fausses membranes jaunâtres [1].

XDVI^e Obs. — Marie P..., quarante-trois ans, des Landes, repasseuse à Bordeaux, sujette autrefois à des attaques d'hystérie, successivement atteinte, depuis quatorze mois, de suppression des menstrues, de céphalalgie, de vertiges, de paraplégie, de rétention d'urine, etc., est admise à l'hôpital Saint-André en 1843 et succombe presqu'aussitôt. — On trouve 100 grammes de sérosité dans les ventricules cérébraux, un ramollissement du septum lucidum et de la voûte. Arachnoïde opaque, épaissie, dense sur la face inférieure du mésocéphale, qui paraît être de petit volume. Épaississement plus considérable de l'arachnoïde sur le bulbe rachidien et sur toute la partie supérieure de la moelle. Une fausse membrane molle, mince et rougeâtre recouvre la partie postérieure du feuillet viscéral de l'arachnoïde, dans toute l'étendue de la région dorsale. Injections sanguines partielles de la pie-mère s'étendant jusque dans le tissu de la moelle. Plusieurs tubercules dans le foie.

CDVII^e Obs. — Homme, démence paralytique, pleurothotonos alternativement gauche et droit. — Fausse membrane organisée tapissant la dure-mère crânienne, surtout dans les fosses cérébrales de la base. Arachnoïde opaque, épaissie. Pie-mère adhérente à la substance corticale. Cerveau atrophié. Beaucoup de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Du niveau de la troisième vertèbre cervicale à celui de la dernière dorsale, la dure-mère est tapissée par une fausse membrane jaunâtre, composée de plusieurs couches, épaisse d'un millimètre et demi, surtout en arrière, constituée par une trame de tissu cellulaire, dans laquelle sont beaucoup de vaisseaux et des amas de pigment [2].

[1] Fabre, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1832, n° 133, p. 49.

[2] Meger, *De Pachymeningitide cerebro-spinali interna*. Bonn, 1861. Sander, *Allgemine Zeitsch, etc.* (Christian, Thèses de la Fac. de Méd. de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 21.)

CDVIII^e Obs. — Homme, paralysie générale, marasme avancé, eschares au sacrum. — Ventricules inégaux, gorgés de sérosité. Face interne de la dure-mère crânienne et spinale tapissée par une fausse membrane jaune-rougeâtre, sillonnée de vaisseaux de grand diamètre. Entre les couches sont de petites extravasations sanguines et des amas de pigment. Le maximum d'épaisseur est à la convexité des lobes antérieur et moyen et au niveau de la première vertèbre dorsale. Moelle épinière atrophiée et ramollie au centre [1].

CDIX[e] Obs. — Homme, soixante-deux ans. Manie depuis huit ans, maigreur, cris, agitation, voracité, déjections involontaires, peau sèche, haleine fétide, pouls plein, lent. Tout à coup, somnolence, résolution des membres, face injectée, respiration stertoreuse, pupilles contractées, déglutition difficile, station impossible, coma ou agitation. — Forte union de la dure-mère avec le crâne. A gauche, à la face interne de la dure-mère adhère étroitement une néo-membrane peu épaisse, rougeâtre, parsemée de petites taches ecchymotiques. A droite est une pellicule rougeâtre, fine, facile à déchirer. Dans les fosses moyenne et postérieures de la base du crâne, couche de sang noirâtre évidemment d'origine récente. Sérosité dans l'arachnoïde et dans les ventricules. Moelle épinière ramollie à la région dorsale. Au niveau de la deuxième à la septième vertèbres dorsales, la surface interne de la dure-mère est tapissée par une fausse membrane rougeâtre, vasculaire, assez épaisse et fortement adhérente. Ces diverses néo-membranes sont formées par une trame cellulaire dans laquelle rampent de nombreux capillaires sanguins. On y trouve aussi des gouttelettes graisseuses, des amas de globules sanguins et beaucoup de pigment [2].

Résumé des observations de méningite cérébro-spinale sporadique.

I. Ces observations sont au nombre de 48, divisées en trois séries caractérisées : la première, par une exsudation de sérosité plus ou moins consistante (13 obs.); la seconde, par une production de pus (25 obs.); la troisième, par la présence de fausses membranes (10 obs.).

II. 30 malades étaient du sexe masculin et 16 du sexe féminin. Sexe inconnu, 2.

[1] Meger, *De Pachymeningitide cerebro-spinali interna*. Bonn, 1861. (Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 21.)

[2] Jules Christian, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1864, n° 763, p. 17.

III. Les âges les plus accessibles à la production de la méningite cérébro-spinale sporadique appartiennent à la première moitié de la vie, comme le prouve le tableau suivant :

1 nouveau-né a donné l'exemple d'une méningite cérébro-spinale congénitale (CCCLXII).
7 malades avaient de 1 à 10 ans.
9 — — de 11 à 20 —
12 — — de 21 à 30 —
1 — — 32 ans.
7 — — de 41 à 50 —
2 — — l'un 53 ans, l'autre 54.
3 — — de 61 à 68 ans.

Ainsi, 20 sujets avaient moins de 32 ans, et 12 plus de 40; 5 autres individus étaient d'âge moyen non précisé.

IV. Rien de spécial, quant aux prédispositions constitutionnelles.

V. Quelques maladies antérieures paraissent n'avoir pas été étrangères à la production de la méningite cérébro-spinale sporadique, ou du moins doivent être notées comme précédents morbides; telles sont : la teigne (CCCLXXVII, CCCLXXXIII), l'érysipèle (CCCLXXIV), des affections rhumatismales (CCCLXVIII), des états nerveux variés (CCCLXXXVII, CDVI), l'aliénation mentale, la démence, la paralysie générale (CCCLXXIV, CCCLXXXVIII, CDV, CDVII, CDVIII, CDIX).

VI. Diverses causes occasionnelles ont été signalées; ce sont : l'exposition de la tête aux rayons du soleil (CCCLXXXII, CCCLXXX, CCCXCVIII), un refroidissement subit (CCCLXX), une fatigue excessive (CCCXCI, CCCXCIV), une mauvaise nourriture (CCCXCI), des excès alcooliques (CCCLXXIII, CCCXC, CCCLXX), des affections morales vives (CCCLXVII, CCCLXXI, CCCLXXXII, CCCXCV), un travail intellectuel prolongé (CCCXCIV), la suppression du flux menstruel (CCCLXVII).

VII. Souvent le début de la méningite cérébro-spinale a été précédé, pendant quinze jours, un mois, ou plus de temps, d'états morbides variés : c'étaient des symptômes d'irritation gastro-intestinale ou d'embarras gastrique, avec inappétence,

nausées, vomissements, etc., ou des phénomènes de pléthore ou de congestion cérébrale; la céphalalgie, les vertiges, un sentiment de profonde faiblesse. D'autres fois, la méningite est survenue après une fièvre qui ne paraissait pas grave, ou après des accès fébriles intenses.

VIII. La méningite cérébro-spinale a quelquefois débuté d'une manière brusque par un état comme apoplectique (CCCLXXI), ou par le délire (CCCLXXIII, CCCLXXIX); ou bien les malades se sont plaints de douleurs dans les lombes (CCCXCVI) ou dans un côté du thorax (CCCLXXXIX), et le plus souvent dans la tête.

IX. La céphalalgie a été un symptôme assez ordinaire, puisqu'elle s'est montrée dans plus de la moitié des cas. Elle occupait quelquefois le front, plus fréquemment l'occiput. La douleur ne se bornait pas là : elle était très prononcée à la nuque (CCCLXXVIII, CCCLXXXI, CCCLXXXII, CCCLXXXIV, CCCLXXXVI, CCCXCII, CCCXCIV, CDIV), et s'étendait le long du rachis (CCCLXVII, CCCLXXVII, CCLXXVIII, CCCLXXXIV, CCCLXXXVI, CCCXCV). Cette douleur tantôt était augmentée par la pression sur les points affectés, tantôt ne l'était pas, mais le plus constamment elle était accrue par les mouvements qu'on faisait exécuter à la tête, au cou et à l'épine.

X. Les muscles de ces diverses régions ont offert fréquemment un état de rigidité, de contraction soutenue, qui donnait l'un des caractères importants de la maladie sans en former l'attribut exclusif. Assez souvent la tête était portée en arrière par la rétraction des masses musculaires de la nuque; elle était quelquefois un peu inclinée en même temps, soit à droite, soit à gauche (CCCLXXXI, CDI, CDIII, CDIV). Le tronc était roide, se mouvant tout d'une pièce (dans 11 cas) ou se courbant en présentant l'aspect de l'opisthotonos (11 fois). Dans un cas, c'était le pleurothotonos (CDVII); dans deux autres, il y avait des secousses tétaniques du tronc (CCCLXXXV, CDXXIX). Le trismus a été noté 9 fois, et 2 fois c'étaient les apparences du tétanos général (CCCLXX). Les roideurs des membres ont eu lieu également (CCCLXXXII,

CCCLXXXVII, CDX, CCCXCIX); d'autres fois, la contracture a été partielle, affectant les membres supérieurs ou les membres inférieurs, ou un seul membre, ou quelques doigts, ou un côté de la face (CCCLXXVII, CCCLXXVIII, CCCLXXXI, CCCLXXXII, CCCLXXXIV, CCCLXXXV, CDIV).

XI. Les spasmes cloniques ont été moins communs que les contractions toniques. Néanmoins, on a vu des convulsions ou des mouvements convulsifs des membres (10 fois), ou de la face (5 fois), des tremblements (2 fois), des soubresauts de tendons (8 fois), des crampes, etc. Une fois la tête roulait spasmodiquement sur l'oreiller (CCCLXXVI).

XII. La paralysie a été plus rare encore que les spasmes; cependant, on a noté la paraplégie (CCCLXXI, CCCLXXXVI, CCCLXXXVIII, CDI), l'hémiplégie gauche (CCCLXVIII, CCCLXXIX, CCCLXXX, CCCLXXXIX, CDI, CDII), une sorte de paralysie générale (CCCLXXIII, CCCLXXIV).

XIII. La sensibilité a été rarement suspendue, souvent conservée (9 fois), et même exaltée, parfois à un haut degré (CCCLXIV, CCCLXXVII, CCCLXXII, CCCLXXIX, CCCXXX, CCCLXXXVII, CCCXCI). Elle a donné lieu à des sensations pénibles de fourmillement ou à des douleurs très vives dans les membres (CCCLXXVIII, CCCLXXXVIII, CCCXCII, CDI).

XIV. L'état intellectuel a présenté des différences très marquées. Tantôt on n'a constaté aucune altération, du moins dans les premiers jours de la maladie (13 fois) ou même dans presque tout son cours (CCCXCV), bien que la parole fût parfois lente ou embarrassée; tantôt, et plus souvent, il y a eu du délire (26 fois), le malade offrant beaucoup d'agitation (16 fois) et poussant des cris (10 fois). Dans un cas, il a pu se lever et courir (CCCLXXX).

Dans d'autres circonstances, et principalement vers la fin de la maladie, on a remarqué de la stupeur (12 fois), de la somnolence, de l'assoupissement, du coma (24 fois).

XV. L'état des yeux n'a présenté rien de constant; ils étaient fermés ou ouverts et brillants, ou inégalement ouverts, très sensibles (CCCLXXXIX) ou peu sensibles à la lumière,

fixes, regardant en haut, ou agités de mouvements convulsifs, de clignottement. Il y a eu du strabisme chez six sujets. La vue paraissait trouble assez souvent.

L'examen des pupilles a donné des résultats variés : 5 fois elles ont été toujours resserrées ; 2 fois d'abord resserrées, puis dilatées, et 15 fois dilatées pendant toute la durée de la maladie ; mais, en général, cette dilatation était peu marquée, surtout dans les premiers jours.

XVI. Le vomissement, regardé comme l'un des symptômes ordinaires de la méningite cérébro-rachidienne, n'a eu lieu que chez quinze sujets. La déglutition a été très gênée 10 fois. La constipation était fréquente et souvent opiniâtre ; les évacuations se sont faites vers la fin de la maladie sans la participation de la volonté ; 7 fois on a noté la rétention d'urine. L'incontinence a été plus commune ; elle s'est parfois montrée dès le début.

XVII. La respiration était gênée, rarement normale, plus souvent accélérée, irrégulière, suspirieuse, anxieuse, stertoreuse.

XVIII. Le pouls a été généralement fréquent, la peau souvent chaude, la face colorée, la sueur abondante. On a noté la tache méningitique (CCCLXXV, CCCLXXIX, CCCLXXX). On a vu se produire un herpès labialis (CCCLXXIX, CCCXCV).

XIX. Chez une malade que j'ai eue sous les yeux, les règles n'ont pas cessé de couler (CDIII). Un onanisme effréné était pratiqué dans le cours de la maladie par un adulte qui, il est vrai, était déjà aliéné (CDV).

XX. Chez un jeune enfant, le crâne avait pris un grand développement avec fluctuation aux fontanelles, par suite d'un épanchement séreux abondant dans l'arachnoïde (CD).

XXI. La maladie a présenté, dans certains cas, de l'analogie avec la fièvre typhoïde, la langue étant sèche, brune ; l'abdomen douloureux et météorisé, avec gargouillement à la fosse iliaque droite, selles diarrhéiques, et la peau présentant des taches lenticulaires ou des taches pétéchiales, etc. (CCCLXXXV, CC).

XXII. Dans des circonstances différentes, le sang s'est montré riche en fibrine (CCCLXVII, CCCXCI, CCCXCVI).

XXIII. La maladie a parfois offert des rémittences prolongées ou réitérées; en général, sa marche a été courte, et la terminaison fatale est arrivée le troisième jour (1 fois), le quatrième (3 fois), le cinquième (4 fois), le sixième (5 fois), le septième (7 fois), le huitième (3 fois), le neuvième (3 fois), le dixième (2 fois), le treizième (1 fois), le quinzième (1 fois), le seizième (1 fois), le dix-huitième (1 fois), le vingt-deuxième (1 fois), le trentième (2 fois), le trente-deuxième (1 fois), le trente-septième (1 fois) jour. La maladie a été chronique dans neuf cas (CCCLXXIV, CCCLXXXIX, CCCXCVI, CD, CDV, CDVI, CDVII, CDVIII, CDIX). Dans cinq autres, la date du commencement de la maladie n'était pas précisée.

XXIV. Les résultats des nécropsies ont offert de grandes analogies avec ceux des autres espèces de méningite.

Le tronc, les membres, ont montré de la rigidité; les vaisseaux de l'encéphale étaient en général gorgés de sang; on a trouvé ce fluide coagulé dans les sinus et dans les veines des méninges (CCCLXVI, CCCXC, CCCXCIII).

XXV. Dans un premier groupe de faits, les méninges de la convexité ont paru injectées, épaissies, unies par des adhérences mutuelles; elles ont montré une infiltration séreuse, liquide, ou l'interposition d'une matière gélatiniforme, remplissant les mailles de la pie-mère, suivant la direction des anfractuosités, et donnant à cette membrane une consistance et une épaisseur inusitées.

Les méninges de la base ont été souvent dans un état analogue, soulevées par une sorte de coagulum albumineux, et le cervelet étant entouré de la même matière.

Les méninges rachidiennes étaient rouges, enflammées, pénétrées de sérosité, épanchée dans la cavité de l'arachnoïde (CCCLXIII, CCCLXVI, CCCLXVIII, CCCLXIX, CCCLXXII, CCCLXXVIII, CDI), ou infiltrée entre cette membrane et la moelle dans la pie-mère (CCCLXXI, CCCLXXIII, CCCXXVII, CDII), ou formant des couches de lymphe plastique ou de matière d'apparence

albumineuse (CCCLXIII, CCCLXIV, CCCLXV, CCCLXVI, CCCLXVII, CCCXCI, CCCXCIII), et occupant soit toute l'étendue de la périphérie de la moelle, soit une ou deux de ses régions, soit même l'une de ses faces seulement, et c'était le plus souvent la face postérieure.

XXVI. Dans le second groupe d'observations, la matière fournie par les méninges était de nature purulente. Ainsi, du pus liquide, du pus séreux, ou du pus concret et ayant un aspect membraniforme, a été trouvé dans la cavité de l'arachnoïde crânienne, soit à la surface des hémisphères (CCCLXXVI, CCCLXXX, CCCLXXXI, CCCLXXXIII, CCCXC, CCCXCVII), soit à la base du cerveau (CCCLXXXIII, CCCLXXXIV, CCCXCI), et souvent sans que la membrane séreuse ait paru elle-même notablement altérée sous la couche de pus qui la recouvrait.

La pie-mère était assez souvent le siége de l'exsudation purulente infiltrée dans les mailles de son tissu, limitée en dehors par l'arachnoïde, en dedans par la substance cérébrale, et se répandant soit sur la convexité (CCCLXXVI, CCCLXXVII, CCCLXXXI, CCCLXXXIV, CCCLXXXVII, CCCXC, CCCXCIII, CCCXCIV, CCCXCIX), soit à la face inférieure du cerveau (CCCLXXXI, CCCLXXXIV, CCCLXXXVII, CCCXCVIII), pénétrant dans les anfractuosités, et, dans un cas, y ayant formé une série de petits abcès (CCCLXXXII). On a également trouvé du pus dans les méninges, autour du cervelet (CCCLXXX, CCCLXXXV, CCCLXXXVII, CCCLXXXVIII, CCCXCII, CCCXCVIII), de la protubérance annulaire (CCCLXXXIII, CCCLXXXIV, CCCLXXXVI, CCCLXXXVII, CCCLXXXVIII, CCCXCI, CCCXCII), et du bulbe rachidien (CCCLXXXIV, CCCLXXXVII, CCCXXII).

Les méninges qui enveloppent la moelle épinière ont offert, dans ce second groupe de faits, des exsudations purulentes, soit dans la cavité de l'arachnoïde (CCCLXXVIII, CCCLXXXI, CCCLXXLIII, CCCLXXXIV, CCCLXXXV, CCCLXXXVI, CCCXCI, CCCXCVII, CCCXCVIII), soit dans la pie-mère (CCCLXXX, CCCLXXXI, CCCLXXXII, CCCLXXXVIII, CCCXCII, CCCXCIV, CCCXCV, CCCXCIX), et pénétrant jusque dans les gaînes des nerfs (CCCLXXVIII). J'ai

vu le pus n'exister qu'à la face postérieure de la moelle dans toute sa longueur (CCCXCVI).

XXVII. Le troisième groupe présente des faits dans lesquels une fausse membrane s'était produite dans la cavité arachnoïdienne, soit du crâne (CDIV, CDV, CDVII, CDVIII, CDIX), soit du rachis (CDI, CDIII, CDIV, CDV, CDVI, CDVII, CDVII, CDIX). Cette fausse membrane, plus particulièrement observée dans les cas chroniques, était très mince ou d'une certaine épaisseur, rougeâtre ou blanchâtre, parsemée de taches comme ecchymotiques, accolée au feuillet pariétal ou entourant le feuillet viscéral, montrant des indices évidents d'organisation et de vascularité, formée même quelquefois de plusieurs couches, et ayant, en un mot, les apparences et la nature des fausses membranes déjà étudiées à l'occasion des espèces précédentes.

XXVIII. Dans ces diverses séries, on a trouvé souvent le cerveau injecté, mais d'une consistance normale ; quant aux parties centrales de cet organe, septum, voûte, etc., elles ont été fréquemment ramollies. Les ventricules ont contenu souvent de la sérosité (29 fois), ou même du pus (9 fois), et leur membrane interne était épaissie, injectée, enduite de lymphe plastique, ou même il y avait quelques adhérences entre les parois.

La moelle s'est aussi montrée à l'état normal dans la plupart des cas ; mais elle était parfois ramollie (5 fois), et a paru deux fois diminuée de volume par la pression que les fluides épanchés avaient exercée autour d'elle.

XXIX. Les altérations coïncidentes des autres organes ont été rares. On n'a noté que trois fois la présence de tubercules ou de granulations dans les poumons, trois fois des traces d'inflammation dans les organes digestifs, une fois l'altération des reins, etc. Mais je dois mentionner d'une manière particulière une de mes observations dans laquelle, indépendamment d'une production abondante de pus dans les méninges, il se trouvait un abcès au sommet du poumon droit (CCCXCVI). Ce cas m'offrit de très grandes difficultés de

diagnostic à cause de cette coïncidence, du siége circonscrit de la pneumonie et de l'abcès, du peu de saillie des symptômes de la méningite, de l'état fuligineux de la bouche, d'une fièvre rémittente et de la lenteur de la maladie, malgré les désordres graves qui s'étaient produits dans les organes respiratoires et dans l'appareil nerveux. Il n'était pas non plus facile de décider si la suppuration commença par le poumon ou par les méninges, et si l'une ou l'autre de ces maladies ne fut pas la conséquence d'une résorption purulente. S'il fallait formuler une opinion, je dirais que la maladie commença par les méninges du rachis (douleur lombaire vive et rétention d'urine dès le début), qu'elle se propagea lentement vers le crâne, et que l'abcès pulmonaire se forma le dernier.

II. — MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

Une maladie fort analogue à celle qui vient d'être décrite, soit par les symptômes, soit par les lésions observées après la mort, a été, depuis plusieurs années, l'objet de la sollicitude des hommes de l'art, à cause du caractère épidémique qu'elle a revêtu. Elle a parcouru successivement des contrées diverses, pendant des périodes déterminées, offrant partout une physionomie et des traits de ressemblance très propres à la faire reconnaître.

Il est assez curieux de constater que cette forme nosologique n'a existé ou du moins n'a été connue et décrite que dans le XIXe siècle.

M. Tourdes, s'aidant des recherches d'Ozanam sur les encéphalites épidémiques [1], a fait une intéressante excursion dans les siècles antérieurs. Mais des histoires citées, il ne reste rien de positif. L'épidémie rapportée avec quelques détails par Saalmann ne se rattache guère mieux que les autres à celle dont il s'agissait d'éclairer les premiers pas.

[1] *Histoire médicale des maladies épidémiques*, t. II, p. 124.

Les symptômes les plus importants y manquent, ainsi que les résultats nécroscopiques [1]. D'ailleurs, la manière d'être de cette épidémie de Munster, qui affecta cinq cents personnes et n'en tua que trente-deux, qui, en outre, ne fit périr aucun sujet âgé de moins de vingt ans, n'est nullement celle des épidémies qui nous occupent en ce moment. La méningite cérébro-spinale a une autre gravité et une autre cachet. Ce serait demeurer dans le vague des conjectures que d'assimiler les épidémies des siècles passés à celles dont je vais suivre la marche et constater l'identité. Parcourons d'abord les documents :

A. — *Historique succinct des épidémies de méningite cérébro-spinale.*

I. Les médecins de Genève donnèrent en 1805, sous le nom de *fièvre cérébrale*, l'histoire d'une maladie dont les rapports avec la méningite cérébro-spinale sont prouvés par les résultats de l'examen anatomique. Vieussenx avait reconnu d'une manière générale l'altération du cerveau [2]. Matthey entra dans des détails plus précis. Il vit les vaisseaux des méninges fortement injectés; une humeur gélatineuse colorée par le sang répandue sur toute la surface du cerveau; à la partie postérieure des lobes, une matière jaunâtre puriforme, sans altération manifeste du tissu cérébral; enfin il suivit la même matière sur les nerfs optiques, à la base du cervelet et dans le canal vertébral [3].

II. Rampont recueillit à l'hôpital militaire de Metz, en 1814 et 1815, plusieurs observations dans lesquelles la lésion des méninges est assez bien indiquée : « Une couche de matière albumineuse concrète s'étendait sur la surface du cerveau; du pus recouvrait la tente du cervelet, ainsi que la gouttière

(1) Saalman, *Descript. phrenitidis et paraphrenitidis in Westphalia grass*. Monasteri, 1788.
(2) *Journal de Corvisart, Leroux et Boyer*, t. XI, p. 170.
(3) *Idem, ibidem*, p. 243.

basilaire, entourait la moelle allongée et le commencement de la moelle épinière (1). »

III. Le cachet de la méningite cérébro-spinale est plus distinct encore dans une notice fournie par J.-B. Comte, à l'occasion d'une maladie observée à l'hôpital militaire de Grenoble, en février, mars et avril 1814. On reconnut la suppuration de la surface du cerveau, et des traces constantes d'inflammation dans les enveloppes de la moelle (2).

IV. Une quatrième épidémie fut observée à Glasgow, en 1818, par James Sym (3), sous le nom de *contagious fever*. Les symptômes et les lésions anatomiques ne laissent aucun doute sur le vrai caractère de cette maladie, et je suis étonné qu'elle n'ait pas été mentionnée par les auteurs qui se sont occupés de la méningite cérébro-spinale.

V. L'année 1837 ouvre une longue série d'épidémies qui vont presque sans relâche frapper des populations diverses, et surtout l'armée française. C'est dans les départements des Basses-Pyrénées et des Landes que le fléau prend naissance. Les premières notions sont dues à Lespès, de Saint-Sever (4); à Lamathe, de Dax (5), et à Dubedout, de Lesperon (6). Les bords de l'Adour avaient été suivis par l'épidémie, qui, d'autre part, régnait à Bayonne parmi les troupes, et y formait un foyer persistant de 1837 à 1841, laissant toutefois, en 1838 et 1839, un intervalle seulement occupé par quelques cas isolés (7).

VI. Pendant que la méningite cérébro-spinale se manifeste dans le sud-ouest de la France, ellé se montre à une certaine distance, mais encore dans le midi, à Foix, où le

(1) *Journal général de Médecine*, 1816, t. LV, p. 28.

(2) *Idem, ibidem*, t. LVIII, p. 221.

(3) *On the Connexion between the symptoms of the fever which prevails in Glasgow, and a morbid affection of the brain and spinal marrow.* (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1818, t. XIV, p. 336.)

(4) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1838, t. VII, p. 204.

(5) *Ibidem*, p. 261.

(6) *Ibidem*, 1840, t. XII, p. 121.

(7) Lalanne, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 12.

17e de ligne fournit, dans le mois d'avril 1837, seize malades ([1]). Cette petite épidémie est remarquable par sa date et par son isolement.

VII. A l'ouest, en s'avançant du sud au nord, la méningite épidémique fait son entrée à l'hôpital militaire de Bordeaux; d'abord, dans les mois de mai et de juin 1837, sans qu'une provenance évidente lui soit assignée, puis en 1839. Elle est connue par les faits que M. Bernet a publiés ([2]). La population civile fut épargnée.

VIII. Suivant la même direction, l'épidémie paraît, au commencement de l'année 1838, à Rochefort, où venait d'arriver un régiment d'infanterie parti des Basses-Pyrénées. Sur sept militaires atteints, six succombent. A la fin de la même année, et surtout en 1839, la méningite éclate avec violence dans le bagne, et aussi en ville, alors que la garnison ne comptait plus que très peu de malades ([3]).

IX. Précisément à l'époque où la garnison de Rochefort subissait le premier choc de l'épidémie, celle de Toulon éprouvait une atteinte semblable; mais celle-ci fut bornée au décès de huit militaires, et ne gagna ni le bagne, ni la ville ([4]).

X. Dans les premiers jours de février 1839, la méningite cérébro-spinale pénètre dans les casernes à Versailles, et s'attache surtout à l'un des corps qui avait reçu, le mois précédent, de nombreuses recrues. Elle se manifesta jusqu'en juin chez cent cinquante-six militaires ([5]).

XI. La même année, en novembre et décembre, et jusque dans les premiers mois de 1840, l'épidémie atteignait la garnison de Metz, et y faisait vingt-huit victimes sur vingt-

([1]) *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 13.

([2]) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1840, t. X, p. 65.

([3]) Lesson, Lettre à Mérat. (*Revue médicale*, 1839, t. II, p. 458.) — Lefèvre, *Recherches historiques sur la maladie qui a régné au bagne de Rochefort pendant les premiers mois de l'année 1839*. (*Annales maritimes et coloniales*, avril 1840.)

([4]) Léonard, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 12.

([5]) Faure Villar, *Mémoires de Médecine militaire*, t. XLVIII, p. 1. — Quelques faits ont été, en outre, rapportés par M. Renard. (Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1839, n° 431.)

neuf individus frappés. Les habitants de la ville furent préservés [1].

XII. L'ordre chronologique m'oblige à franchir un vaste espace pour arriver dans quelques provinces reculées du royaume de Naples, à Cervaro, Mignano, dans la terre de Labour, dans les Calabres, où pendant les hivers de 1839 et 1840 fut observée une épidémie meurtrière de méningite céphalo-rachidienne, décrite sous la dénomination de *typhus apoplectico-tétanique* [2].

XIII. Maintenant, il faut rentrer en France pour assister à l'une des épidémies les plus importantes et les mieux étudiées, ayant affecté la garnison de Strasbourg, d'octobre 1840 à mai 1841, et la population civile pendant toute l'année 1841. Forget [3] et M. Tourdes [4] ont réuni les documents les plus propres à faire connaître cette station épidémique [5].

XIV. Les irradiations de cette épidémie ne s'arrêtent pas aux divers quartiers de Strasbourg; elles s'étendent à quelques petites localités environnantes, et y font naître des foyers circonscrits; par exemple, à Selestat (Bas-Rhin), où venait d'arriver un bataillon dans les premiers jours de février 1841. Quelques hommes succombent presque immédiatement, et bientôt après dix-neuf individus, aux environs de la caserne et en d'autres points de la ville, sont atteints par la maladie [6].

XV. Dès les premiers mois de l'année 1840, on apporte à l'hôpital d'Avignon une trentaine de jeunes soldats frappés par la méningite épidémique; ils succombent presque tous.

(1) Gasté, *Mélanges de Médecine*. Metz, 1841, p. 91 à 108.

(2) Salvatore de Renzi, *Sul tifo apoplettico e tetanico osservato sul circondario di Cervaro terra di Lavoro*. Napoli, 1840. — Spada, *Sul tifo apoplettico tetanico di Cervaro*. Napoli, 1840. — Semola, *Epid. di Cervaro*, in *Osservatore medico*, n° 22. — Jalapi, Elephanti, etc. (*Revue médicale*, 1842, t. II, p. 409.)

(3) *Gazette médicale de Paris*, 1842, p. 225, 241, 257, 289, 305.

(4) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1841, p. 393; 1842, p. 33, 58, 113, 356; 1843, p. 42.

(5) Voyez aussi Wunschendor, Thèses de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1841, n° 72.

(6) Mistler, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1841, p. 121.

L'épidémie semble arrêtée; mais six mois après, en décembre et pendant l'année 1841, elle reparaît avec intensité, se répand en dehors des casernes et de l'hôpital, où Chauffard l'observe avec attention et finit par obtenir des succès remarquables (1), confirmés par ceux de Gérard (2).

XVI. De mars 1840 à mars 1841, le 15e de ligne, caserné à Laval, donne soixante-neuf malades, et vers la fin de l'épidémie, une faible extension a lieu dans la population civile; en même temps, quelques cas avaient lieu, à Tours et au Mans, chez des militaires détachés (3).

XVII. Du mois d'octobre 1840 à celui d'avril 1841, l'hôpital militaire de Perpignan fournit à la méningite un contingent de cinquante malades et vingt-huit morts (4).

XVIII. Du 27 décembre 1840 au 7 février 1841, la troupe de ligne, casernée à Poitiers, donne vingt malades, sur lesquels huit décès; mais la ville présente bientôt des cas plus nombreux (5).

XIX. Une épidémie débute à Nancy dans les premiers mois de l'année 1841 et cesse en septembre. Elle fut observée par M. Rollet, à l'hôpital militaire et chez quelques personnes de la ville (6).

XX. A Aigues-Mortes, la maladie a régné du 24 novembre 1841 au 4 mars 1842, faisant cent vingt victimes dans la population civile (7).

XXI. Dès le mois de janvier 1842, la méningite cérébro-spinale sévit à Nantes : d'abord à l'entrepôt qui servait de caserne à deux escadrons de lanciers, puis dans la ville (8).

XXII. En 1842, les habitants de Paris subissaient par-

(1) *Revue médicale*, 1842, t. II, p. 190.

(2) *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, septembre 1842, t. X, p. 105.

(3) Martin, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 13.

(4) Paul, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 13.

(5) Barrilleau et Brossard, Rapport fait à l'Acad. de Méd. de Paris. (*Bulletin*, t. IX, p. 894.)

(6) *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. X, 1843, p. 291.

(7) Schilizzi, *Relation de la méningite cérébro-spinale qui a régné à Aigues-Mortes*. Montpellier, 1842.

(8) Mahot, *Journal de la Section de Médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, et *Gazette médicale*, 1843, p 707. — Rouxeau, Thèses de Paris, 1844, n° 136.

tiellement l'influence épidémique. M. Blache rapporte que sur cinq malades atteints de méningite cérébro-spinale, entrés à l'hôpital Saint-Antoine, quatre succombent; l'Hôtel-Dieu en reçoit aussi, et les cas se multiplient rapidement. Un fait du même genre est observé à Cochin, et les détails donnés ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie (1). Le Val-de-Grâce admet un militaire atteint de la même manière (2).

XXIII. En février, mars et avril 1843, la méningite cérébro-rachidienne fait quelques ravages dans le village de Bannost, arrondissement de Provins (Seine-et-Marne) (3).

XXIV. De même, à Saint-Vénérand, arrondissement du Puy (Haute-Loire), en janvier, février et mars 1844 (4).

XXV. A la même époque, la méningite épidémique s'est montrée à Gibraltar (5).

XXVI. En 1845, elle paraît en Algérie, à Douera et à Bathna (6).

XXVII. L'année suivante, la même maladie règne à Rathdown, à Dublin, à Belfort, dans les maisons de travail et dans quelques hôpitaux de Dublin et de Hardwicke (7).

XXVIII. En 1846, l'attention est rappelée en Algérie par une épidémie sévissant à Philippeville parmi les militaires, les colons et les portefaix maltais (8).

XXIX. En décembre 1846, l'épidémie fait son entrée à Alger; elle y règne pendant les cinq premiers mois de l'année 1847 (9).

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 401.

(2) *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 173.

(3) Raphaël, *Mémoires de l'Académie de Médecine de Paris*, t. XIV, p. 155.

(4) Porral, *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XIV, p. 155.

(5) Gillkrest, *London medical Gazette*, 1844, et *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 44.

(6) Magail, *Mém. de Méd. et de Chir. milit.*, t. LIX, p. 115. — Dans une note (*ibid.*, p. 177), M. Guyon fait connaître que la méningite cérébro-spinale avait déjà existé à Douera, en 1840.

(7) Darby, *Dublin quarterly Journal*, 1846, april (half yearly abstract, t. III, p. 175). — Robert Mayne, *ibidem*, august (half yearly abstract, t. IV, p. 230), et *Archives*, 4e série, t. XIII, p. 246.

(8) Chayron, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1850, no 1.

(9) Barberet, Thèses de la Faculté de Médecine de Paris, 1847, no 111. — Hannard, *ibid.*, 1848, no 104. Cette thèse fait connaître les essais thérapiques de M. Besseron.

XXX. A la fin de 1846 et pendant l'année 1847, la méningite cérébro-spinale pénètre à Lyon dans les casernes, qu'elle ne dépasse pas, mais elle y sévit d'une manière cruelle (1).

XXXI. En mai et en juin 1847, et en 1848, une épidémie analogue se montre à Nîmes (2).

XXXII. Aux mêmes dates, elle reparaît à Rochefort (3).

XXXIII. Du 1er décembre 1847 au 28 mars 1848, elle est observée à Orléans sur des militaires de la garnison (4).

XXXIV. En décembre 1847, elle rentre à Metz pour la troisième fois, et s'y maintient jusqu'en 1849 (5).

XXXV. La méningite cérébro-spinale entre à Paris, au Val-de-Grâce, en décembre 1847, pour se développer en 1848, et ne finir qu'en mars 1849. M. Michel Lévy a été l'habile historien de cette épidémie (6), pendant laquelle la population parisienne n'a reçu que de très faibles atteintes. Toutefois, il y eut à la prison de la Force douze individus affectés, dont dix mortellement (7), et dans les hôpitaux quelques cas isolés, mais bien caractérisés (8).

XXXVI. Du mois de mars au mois de juillet 1848, la garnison de Cambrai fournit trente-sept militaires atteints de méningite cérébro-spinale (9).

XXXVII. Du 1er avril au 13 juin 1848, l'hôpital militaire d'instruction de Lille reçut vingt malades de la même catégorie (10).

(1) Monchet, *Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 271. — Chapuy, Thèses de Paris, 1847, n° 122.

(2) Falot, Thèses de Montpellier, 1846, n° 60, et *Gaz. des Hôpit.*, 1848, p. 236.

(3) Le Barillier, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1848, n° 48.

(4) Corbin, *Gazette médicale*, 1848, p. 435 et 443.

(5) Laveran, *Relation de l'épidémie de Metz, de 1847 à 1849*. Metz, 1849. (*Mém. de la Soc. méd. de la Moselle*.) — Daga, Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1851, n° 14.— Micheau, *ibidem*, 1852, n° 51. — Peridon, *ibidem*, 1852, n° 58.

(6) *Gazette médicale*, 1849, p. 830, 850, 865, 884.

(7) Jacquemin, *ibidem*, p. 833.

(8) Observation de Valleix (hôpital Sainte-Marguerite), *Union médicale*, 1849, p. 231. — De Lebert (service de Cruveilhier), *Anat. pathol.*, in-folio, t. II, p. 117, pl. xcv, fig. 4 et 5.

(9) *Mémoires de Médecine militaire*, 2e série, t. IX, 1852, p. 7, — et Durut, Thèses de la Fac. de Méd. de Paris, 1854, n° 188.

(10) Maillot, *Gazette médicale*, 1848, p. 845.

XXXVIII. Du mois de juin à celui d'octobre 1848, la garnison de Saint-Étienne (Loire) eut aussi son épidémie ([1]).

XXXIX. Une épidémie fort circonscrite se développa dans des conditions très différentes, à la fin de l'année 1848, à Petit-Bourg (Seine-et-Oise), dans un pénitencier composé de jeunes détenus, et de plus à Corbeil ([2]).

XL. En septembre 1848, le 14e de ligne, venant de Châlons-sur-Marne et de Verdun, où la méningite avait enlevé quelques hommes, arrive à Dijon. Bientôt il envoie à l'hôpital trois individus atteints de la même maladie. Le 67e en fournit aussi, et ces deux régiments continuent à payer leur tribut épidémique, tandis que les autres corps de la garnison sont épargnés, à l'exception d'un seul homme du 9e de dragons. La population civile ne compte en même temps que cinq individus atteints, et sur ce nombre quatre enfants des deux sexes. Le même 14e de ligne quitte Dijon en février 1849 et se rend à Bourges, où il continue à présenter des cas de méningite. A la même époque, le 42e de ligne, venant d'Auxonne, où l'état sanitaire était satisfaisant, ne tarde pas, après son arrivée à Bourges, à envoyer à l'hôpital vingt hommes atteints de méningite. Au mois de mars, encore à Bourges, le 12e d'artillerie compte vingt-cinq malades ([3]).

XLI. A Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), la garnison, composée de deux cent soixante-un hommes du 43e de ligne, compte, du 4 au 27 novembre 1848, quatorze individus frappés par la méningite. On dit que les premiers malades venaient de Beaucaire, où la garnison avait beaucoup souffert. Dès le 22 novembre, quelques cas s'étaient manifestés dans la population civile de Saint-Hippolyte-du-Fort, et deux malades avaient succombé ([4]).

([1]) Poggioli, *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. XVI, p. 16.

([2]) Ferrus, Lionet, J. B. Petit. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XIV, p. 952.

([3]) Rapports de MM. Germain et Poggi. *Mém. de Méd. milit.*, 1852, 2e série, t. IX, p. 11.

([4]) Rapports de M. Mutel et de M. Blouquier. (*Mém. de Méd. milit.*, 1852, 2e série, t. IX, p. 10.)

XLII. En 1848, une épidémie tout à fait semblable à celles qui désolaient divers points de la France, se montrait aux États-Unis d'Amérique. Elle éclatait pendant l'hiver et le printemps à Montgoméry (Alabama); elle a été décrite par le Dr Ames ([1]). Dans le mois de mars de l'année suivante, elle se montrait dans les villes de Millbury et de Sutton. Ces renseignements furent présentés à la Société de Médecine de Boston par le Dr Joseph Sargent ([2]).

XLIII. Le 5 janvier 1851, la méningite épidémique frappait à Toulon un jeune soldat de la caserne du Mourillon, et deux autres le lendemain. Le 23, elle atteignait l'infanterie de marine; le 7 février, les matelots, et le 4 mars, la population civile. Le bagne était épargné. Cette épidémie a présenté un total de cent seize malades ([3]). La même année, il y eut quelques cas à l'hôpital militaire du Roule ([4]).

XLIV. On pouvait espérer qu'après un règne non interrompu de quinze années, la méningite épidémique aurait pour longtemps épuisé son activité, et voilà que treize ans s'étaient à peine écoulés, lorsque les États-Unis d'Amérique ont été envahis de nouveau. Les médecins de Philadelphie et de New-York, vivement émus, tinrent des conférences au sujet de cette épidémie meurtrière, nommée d'abord *spoted fever*, et reconnue bientôt comme étant une méningite cérébro-spinale ([5]). Cette maladie était encore, trois ans après, en pleine vigueur à l'hôpital de Philadelphie, qui jusqu'en mars 1867 avait reçu 161 malades, presque tous adultes, noirs ou blancs, dont 122 mâles et 39 du sexe féminin ([6]).

([1]) *A Paper on epidemic meningitis, etc.* (*American Journ. of med. Sciences.* Philad., 1849, april, p. 442.)

([2]) *Extracts from the records of the Boston Society.* (*American Journ. of med. Sciences,* 1849, july, p. 35.)

([3]) Grellois, *Mém. de Méd. milit.*, 1852, 2e série, t. IX, p. 13. — Giraud, Thèses de la Faculté de Médecine de Montpellier, 1851, n° 64.

([4]) Boudin, *Mémoires de Médecine militaire,* 1852, t. IX, p. 123.

([5]) Jewell, *American Journal of med. Sciences,* 1864, july, p. 130. — John A. Lidell, de Washington, *ibidem,* 1865, january, p. 17. — Black, de Newark (Ohio), *ibidem,* 1865, april, p. 345.

([6]) Githens, *American Journal of med. Sciences,* 1867, july, p. 17.

XLV. Dans le même temps, l'Allemagne était parcourue par des épidémies qui furent immédiatement qualifiées du même titre, sévissant à Rastadt, dans la Hesse, le Brunswick, le Hanovre, le grand duché de Bade, etc. A Rastadt, où Niemeyer l'a observée (1865), la méningite épidémique commença par la forteresse fédérale et gagna bientôt la ville, se montrant de part et d'autre très meurtrière (1).

XLVI. C'est encore vers la même époque, de janvier 1864 à juin 1865, que la méningite cérébro-spinale a été observée à Stettin, en Poméranie, dans la population civile la plus pauvre, et y a atteint deux cent trente-quatre individus (2).

XLVII. Près de Neustethn (peut-être Neustædtl, en Illyrie), plusieurs villages ont été cruellement visités par la même maladie, qui affectait presque exclusivement les enfants, souvent en corrélation avec la scarlatine, alors assez répandue (3).

XLVIII. Enfin, et pour clore jusqu'à ce moment cette longue liste, je mentionne neuf cas de méningite cérébro-spinale que, dans les mois de janvier, février et mars derniers, M. le docteur Larivière a vus à l'hôpital militaire de Bordeaux, et dont il a rendu compte à la Société médico-chirurgicale de cette ville (4).

B. — *Notions générales déduites des histoires de méningite cérébro-spinale épidémique.*

Après cette désignation chronologique des documents sur lesquels doit s'établir l'histoire de la méningite cérébro-spinale épidémique, il convient de jeter un coup d'œil d'ensemble, et spécialement de rechercher les conditions générales de la production, du développement, de la marche et des effets ordinaires de ces épidémies; puis viendra l'examen clinique et anatomo-pathologique de la maladie.

(1) *Union médicale*, 1865, 2e série, t. XXVI, p. 602.
(2) Heyfelder, *Bullet. de l'Acad. royale de Méd. de Belgique*, 1866, 2e série, t. IX, p. 201.
(3) Litten, *Journal für Kinderkz*, 1865. (*Union médicale*, 1867, 3e série, t. I, p. 89.)
(4) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1868, p. 370.

I. — *Considérations relatives à l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique.*

a. — Pays atteints par les épidémies. — La France a été parcourue dans presque tous les sens par la méningite épidémique. Sur 48 épidémies, elle compte pour 35. Il faut ajouter l'Algérie, qui en a eu 3; ensuite viennent la Suisse, l'Italie méridionale, l'Angleterre, l'Irlande, la pointe méridionale ou britannique de l'Espagne, les États-Unis d'Amérique et l'Allemagne. On a parlé aussi d'une épidémie survenue en 1860 en Hollande, mais je n'en connais ni les lieux atteints, ni la gravité, ni les historiens.

Boudin a fait remarquer que la méningite cérébro-spinale n'a pas dépassé Sétif, en Algérie, c'est à dire qu'elle s'est arrêtée à 1,000 mètres au dessus du niveau de la mer (1). En France, elle ne s'est montrée ni en Auvergne, ni dans le Limousin, ni dans le Périgord.

Les contrées visitées ne l'ont été généralement qu'une fois, mais quelques-unes l'ont été deux fois; ainsi : Rochefort, en 1838 et 1847; Paris, en 1842 et 1848; Nîmes, en 1843 et 1847; l'Amérique du Nord, en 1848 et 1865, etc., ou même trois fois, comme Metz, en 1815, 1839 et 1847.

En certaines années, les épidémies se sont manifestées à la fois en plusieurs points éloignés les uns des autres; ainsi, en 1837, dans les Landes, à Bayonne et à Foix; en 1838, à Rochefort et à Toulon; en 1839, à Metz et dans quelques provinces napolitaines; en 1840, à Strasbourg, à Avignon, à Laval, à Perpignan, à Poitiers; en 1841, à Nancy et à Aigues-Mortes; en 1842, à Nantes et à Paris; en 1844, dans la Haute-Loire et à Gibraltar; en 1846, en Irlande, en Algérie et à Lyon; en 1847, à Nîmes, à Rochefort, à Orléans, à Metz et à Paris; en 1848, à Cambrai, à Saint-Étienne, à Petit-Bourg, à Dijon, dans le Gard, et

(1) *Mémoires de Médecine militaire*, 2e série, t. II, p. 20.

dans les États-Unis d'Amérique ; en 1865, dans ces États et en Allemagne.

Ce rapprochement prouve l'indépendance locale des épidémies, et ne permet pas d'y voir une propagation, une influence exercée par l'une sur la production de l'autre, vu la grandeur des espaces qui les séparaient.

b. — Maladies qui ont précédé ou accompagné l'apparition des épidémies. — Des maladies de natures diverses ont, dans différentes localités, précédé ou accompagné le développement des épidémies de méningite. A Gibraltar, en 1844, et à Paris, en 1848, c'était la grippe ; à Strasbourg, la fièvre typhoïde (1) ; à Metz, en 1848, la grippe, la fièvre typhoïde, la scarlatine (2) ; à Perpignan et à Versailles, la rougeole ; à Montgomery, la roséole, qui se constitua en maladie épidémique marchant parallèlement avec la méningite ; à Montgomery et à Bannost régnaient, en même temps que la méningite, des névralgies, des céphalées, des douleurs le long du rachis. A l'exception des derniers, ces états morbides n'avaient aucun rapport essentiel et direct avec la méningite. C'étaient des coïncidences.

c. — Circonstances locales qui paraissent avoir favorisé le développement des épidémies. — De toutes ces circonstances, la plus évidente est la réunion d'un certain nombre d'individus dans les mêmes lieux ; et de tous les lieux ceux qui ont été le foyer le plus fréquent des épidémies, ce sont les casernes. Ainsi, c'est parmi les garnisons qu'en trente et quelques localités la méningite a pris naissance.

Elle s'est produite aussi dans des lieux de détention, comme au bagne de Rochefort et au pénitencier de Petit-Bourg ; des maisons de travail, comme à Dublin.

Elle est née dans la population civile de différentes villes,

(1) Cette maladie a fait périr, d'octobre 1840 à décembre 1841, 259 militaires, et la méningite, 142 (Tourdes).

(2) 130 cas (Laveran).

comme à Genève, à Glasgow, à Paris, à Gibraltar, à Aigues-Mortes, à Montgomery; ou dans de simples villages, comme près de Naples, dans les Landes, à Bannost, à Saint-Vénérand, à Burzen près Neustethn, etc.

La majorité de ces contrées est placée ou sur le bord de la mer, ou sur un grand fleuve, ou au confluent de rivières de moindre importance, ou sur un lac, ou dans des lieux marécageux (Landes, Aigues-Mortes, etc.). Tantôt la maladie a commencé à la campagne pour arriver en ville, comme à Genève; tantôt elle est née en ville pour se répandre aux environs, comme à Montgomery, ville située sur une flexuosité de l'Alabama soumise à des débordements annuels, et entourée de montagnes disposées en amphithéâtre. Ces conditions locales sont en général favorables à la persistance de l'humidité.

d. — **Influences atmosphériques constatées avant l'invasion des épidémies.** — On ne connaît rien de précis à cet égard. On a accusé l'humidité des années précédentes (Lespès), la longueur des hivers (Vieussenx), la fréquence des brouillards (Porral); mais d'autres fois on n'a pu reconnaître aucune modification importante dans l'état atmosphérique des années précédentes, par exemple à Strasbourg (Tourdes), à Philippeville (Chayron), à Toulon (Giraud), etc.

e. — **Saisons pendant lesquelles les épidémies se sont manifestées.** — Le début des épidémies a été généralement facile à établir. Il a eu lieu :

En janvier, neuf fois (Genève, Landes, Rochefort, Toulon, Strasbourg (civils), Avignon, Dublin, Nantes, Philippeville).

En février, huit fois (Grenoble, Versailles, Selestat, Bannost, Douera, Toulon, Lyon, Montgomery).

En mars, trois fois (Bayonne, Laval, Cambrai).

En avril, trois fois (Foix, Nancy, Lille).

En mai, deux fois (Bordeaux, Nîmes).

En juin, une fois (Saint-Étienne).

En juillet et août, zéro.

En septembre, une fois (Dijon).

En octobre, deux fois (Strasbourg (militaires), Perpignan).

En novembre, trois fois (Metz 1839, Aigues-Mortes, Saint-Hippolyte-du-Fort).

En décembre, 10 fois (Rochefort, provinces napolitaines, Poitiers, Alger, Lyon, Orléans, Petit-Bourg, Metz 1847, Paris 1847, Bordeaux 1867).

Ainsi les trois mois les plus froids de l'année, décembre, janvier et février, ont donné vingt-six invasions et les neuf autres mois n'en ont fourni que quinze.

Par contre, les épidémies ont cessé :

En janvier, zéro.

En février, une fois (Poitiers).

En mars, quatre fois (Lyon, Aigues-Mortes, Metz, Laval).

En avril, cinq fois (Toulon, Paris, Perpignan, Orléans, Montgomery).

En mai, trois fois (Grenoble, Strasbourg (militaires), Bannost).

En juin, deux fois (Lille, Versailles).

En juillet, deux fois (Nîmes, Cambrai).

En août, zéro.

En septembre, une fois (Nancy).

En octobre, une fois (Saint-Étienne).

En novembre et décembre, zéro.

Cette différence est fort remarquable; et sans pouvoir dire que l'hiver est l'une des causes les plus constantes de l'irruption épidémique, on doit le regarder comme ayant une action fréquente et réelle.

f. — **Influence du refroidissement sur la production de la méningite épidémique.** — Indépendamment de l'influence générale de la saison, il y a lieu de noter les effets d'un refroidissement accidentel de l'atmosphère. Or, on a vu la manifestation première ou l'augmentation des épidémies suivre de près un changement brusque de température, passage du

chaud au froid, exposition à la pluie, à la neige, etc. (Faure-Villar, Maillot, Tourdes, Magail, Mouchet, Falot, Mahot.)

g. — Influence des altérations de l'air atmosphérique sur la production des épidémies. — On a vivement accusé l'altération de l'air des casernes, comme résultant de l'encombrement des individus dans des espaces insuffisants.

L'insalubrité pouvait résulter ou de ce que les lieux habités étaient déjà mal aérés, obscurs, humides, ou de ce qu'ils avaient reçu un trop grand nombre d'individus, comme dans les casernes remplies de nouvelles recrues.

Ces causes de viciation de l'air ont été signalées à Versailles, à Strasbourg, à Orléans, à Perpignan.

Mais dans d'autres épidémies, il a été constaté que les garnisons étaient logées de la manière la plus salubre, comme à Metz (Laveran), à Lille (Maillot), à Lyon (Chapuy), à Saint-Étienne (Poggioli). Lors de l'épidémie de Petit-Bourg, on ne put accuser le mauvais état des bâtiments du Pénitencier. Durant l'épidémie de Paris, les casemates étaient très encombrées; cependant, elles ne fournirent en tout que trois malades, tandis qu'il en provenait un grand nombre des autres casernes plus spacieuses et mieux aérées (Michel Lévy).

D'ailleurs, l'encombrement a été fréquent dans les prisons ou autres lieux à certaines époques, et surtout par suite de révolutions ou de délits politiques; or, la méningite cérébro-rachidienne ne s'y est pas produite.

Lorsque cette maladie a pris naissance dans quelques petites villes ou à la campagne, il n'a été possible d'accuser ni l'accumulation extraordinaire des individus, ni l'altération momentanée de l'air par toute autre cause locale.

Aussi, tout en admettant que l'insalubrité des casernes et leur insuffisance ont pu contribuer à la production de quelques épidémies, est-on obligé de restreindre considérablement la valeur de cette cause, et même d'en constater la nullité en beaucoup de lieux.

b. — Conditions physiologiques qui disposent à la méningite épidémique. — (Age). C'est surtout parmi les jeunes militaires de vingt à vingt-six ans qu'on a observé cette maladie. Dans la population civile, c'est au dessous de cet âge qu'elle a choisi le plus grand nombre de fois ses victimes ; ainsi, à Genève, c'étaient principalement les enfants et les jeunes gens qui étaient affectés; de même, à Bannost, à Petit-Bourg, à Gibraltar, à Dublin, et récemment en Allemagne, etc. Dans les villes où la population civile a été atteinte par l'épidémie qui sévissait sur la garnison, comme à Strasbourg et à Sélestat, c'étaient les individus jeunes qui paraissaient le plus disposés à en subir l'influence. M. Tourdes a compté 54 cas chez des individus âgés d'un an à vingt-un ans, et seulement 36 chez ceux de vingt-un à soixante-dix ans. A Toulon, sur 11 individus de la population civile qui furent affectés, il y avait 5 enfants de trois à onze ans. Pas un sujet n'avait plus de vingt-cinq ans. A Montgomery, où les deux races furent atteintes, les blancs offrirent une plus uniforme distribution des cas selon les âges, tandis que, parmi les nègres, le plus grand nombre des malades avaient de dix à trente ans. Récemment à Einbeck, en Hanovre, c'est sur les enfants que l'épidémie a fait le plus de victimes; il en a été de même à Neustethn, les malades avaient la plupart de six mois à sept ans. Partout, après cinquante ans, les cas devenaient de plus en plus rares.

(Sexe). Le sexe masculin a été en général plus affecté que le sexe féminin. Ce sont, en effet, les garnisons qui ont été leur foyer le plus ordinaire. On les a vues naître aussi dans le bagne de Rochefort, dans le pénitencier de Petit-Bourg composé de sujets du même sexe; mais en dehors de ces conditions spéciales, et dans la population civile, on a encore vu le sexe masculin dominer. A Dublin, c'étaient presque exclusivement les jeunes garçons qui étaient atteints. Dans la ville de Rochefort, sur 76 malades, il y eut 59 hommes et 17 femmes; à Strasbourg, le sexe masculin l'a également emporté ; mais à Gibraltar, il y a eu à peu près équilibre.

Enfin, à Montgomery, parmi les nègres, ce sont les mâles qui l'ont emporté, et, parmi les blancs, ce sont les personnes du sexe féminin.

De tout ce qui précède, on doit inférer que la méningite épidémique affecte de préférence les individus du sexe masculin.

(Constitution). Partout on a fait la remarque que les épidémies atteignaient de préférence les sujets forts, sanguins, doués d'embonpoint. Cependant, les individus faibles et lymphatiques n'en sont pas à l'abri. D'après Forget, M. Tourdes, M. Michel Lévy, ils peuvent compter à peu près pour un quart ou un tiers.

4. — Professions et conditions hygiéniques communes disposant à la méningite épidémique. — Il est évident, par tous les renseignements qui précèdent, que l'état militaire dispose à contracter la méningite cérébro-spinale; mais ce n'est pas d'une manière absolue. Ainsi, les officiers, les sous-officiers, les vieux soldats, en sont bien rarement atteints, tandis que les nouvelles recrues ont fourni le plus ample tribut à la maladie.

Dans la population civile, la méningite a pu, par exception, atteindre des personnes aisées; mais ordinairement c'était la classe pauvre qui fournissait le principal contingent.

A Aigues-Mortes, où la maladie ne provenait nullement de la garnison, les individus affectés purent être répartis de la manière suivante : artisans, 18; pêcheurs, 14; travailleurs possédant quelque chose, 24; journaliers sans ressources, 48; douaniers, 16. Pas un riche ne fut atteint (Schilizzi). Il en a été de même en beaucoup d'autres pays (Strasbourg, Rochefort, Genève, etc.). A Gibraltar, c'étaient surtout de pauvres Portugais qui tombaient malades; à Philippeville, c'étaient les portefaix maltais.

En Algérie, les juifs ont partagé l'immunité des riches (Boudin).

Comment concilier ces résultats contradictoires : d'un côté, les constitutions fortes favorisant chez les militaires la production de la méningite, et, de l'autre, la misère avec ses nombreuses causes de débilitation, y disposant dans la population civile? Peut-être en trouvera-t-on l'explication dans les considérations suivantes :

k. — Excès et fatigues comme causes occasionnelles de la méningite cérébro-spinale. — Le jeune soldat qui arrive au corps a souvent fait des marches forcées; il éprouve un vif chagrin d'avoir quitté sa famille; plus ordinairement, ayant quelque argent, il s'est livré à des excès de boisson ou de femmes. Les militaires le mieux constitués sont, en général aussi, ceux qui abusent le plus de leur santé.

Dans la population civile, les plus pauvres négligent généralement les règles de l'hygiène, et dès qu'ils en ont le moyen, ils se dédommagent de leurs privations habituelles par des accès d'intempérance.

Parmi les faits cités par M. Tourdes, il s'en trouve seize dans lesquels on a pu noter des excès de boisson. En 1848, les gardes mobiles, formées en grande partie d'ouvriers sans travail et touchant une assez bonne paie, s'abandonnèrent brusquement à l'abus des alcooliques; de là, leur disposition à recevoir l'influence épidémique (Michel Lévy).

Les fatigues coïncidant avec les écarts de régime sont une cause puissante de maladie. Ainsi, les recrues ne peuvent sans peine contracter l'habitude du maniement des armes. Les vieux soldats fatiguent moins que les jeunes. Les soldats fatiguent plus que les sous-officiers et les officiers; et dans le civil, c'est aux plus pauvres que sont dévolus les travaux les plus pénibles.

Mais ces conditions n'ont rien d'absolu, puisque de jeunes enfants, qui n'ont aucune occupation fatigante et qui n'abusent point de spiritueux, sont fort enclins à contracter la méningite cérébro-rachidienne. D'autres circonstances doivent donc être mises en ligne de compte, et telles sont

infailliblement la prédominence naturelle du système nerveux et la disposition aux maladies irritatives de l'encéphale qui sont si prononcées pendant toute la durée de l'enfance.

I. — Développement et marche ordinaire des épidémies. — Les épidémies débutent quelquefois par des cas très graves, et acquièrent de suite une intensité fort grande, qu'elles conservent jusqu'à leur terminaison (Lyon, Orléans, Versailles).

D'autres fois, elles sont constituées d'abord par des cas assez rares qui semblent isolés; elles n'augmentent que par degrés, et alors tout à coup montrent une gravité effrayante.

Cette augmentation rapide peut résulter d'un changement de température ou de l'arrivée de nouveaux sujets aptes à devenir la proie de l'épidémie.

Plusieurs fois celle-ci, après un certain temps d'existence, a interrompu son cours pendant deux, trois ou six mois, pour le reprendre avec une nouvelle violence. Elle a pu présenter aussi des espèces d'intermittences ou de remittences de plus courte durée.

Dans certaines localités où il existait des casernes distinctes, on a vu l'épidémie passer successivement de l'une à l'autre dans des directions qui semblaient assez régulières (Alger, 1847). L'évacuation d'une caserne a pu suspendre momentanément l'épidémie, mais non l'arrêter définitivement (Versailles).

La durée totale d'une épidémie a été très variable : deux, trois et quatre mois; sept (Nancy), douze (Laval), quatorze (Strasbourg), seize (Metz, 1847) et dix-sept mois (Paris, 1848).

On avait pu remarquer que les épidémies étaient moins meurtrières à leur terminaison qu'à leur commencement [1], comme cela a lieu pour le choléra. Mais cette règle a souffert pour la méningite de notables exceptions (Stras-

[1] Casimir Broussais, *Mémoires de Médecine militaire*, 1843, t. LIV, p. 84.

bourg, etc.). La terminaison s'est souvent opérée d'une manière brusque.

III. — **Propagation des épidémies.** — Une épidémie peut, pendant sa durée, demeurer limitée aux locaux où elle est née, ne pas franchir la caserne où elle sévit, respecter les corps voisins ou la population civile environnante (Bordeaux, Versailles, Lyon, etc.), ou bien elle s'étend à la ville (Rochefort, Strasbourg, Selestat, Philippeville, Avignon, Nancy, Poitiers, etc.), ou même elle s'irradie à plusieurs kilomètres (Strasbourg, Montgomery).

Comment s'opère cette extension ou cette propagation? Les individus nouvellement affectés cèdent-ils à l'influence commune, atmosphérique, miasmatique ou autre, ou bien ont-ils reçu le contact d'une émanation spéciale, ont-ils été soumis à une contagion quelconque?

Tous les médecins savent combien est difficile et a été de fois débattue la question de la contagion d'un certain nombre de maladies épidémiques. La méningite n'a pas échappé à ce besoin d'examen et de discussion.

La plupart des observateurs n'ont vu, dans la manifestation et les progrès de cette grave affection, qu'une simple épidémie dépourvue de propriété contagieuse; tels sont Comte, Faure-Villar, Forget, Tourdes, Ferrus et beaucoup d'autres; tandis que Boudin a soutenu la thèse contraire [1]. Pesons ses raisons.

1° On a vu, dans les salles contenant des individus atteints de méningite, d'autres malades offrir des symptômes de cette affection et succomber; des infirmiers, des sœurs, des médecins et chirurgiens contracter la même maladie.

Mais d'abord ces faits sont fort rares; on pourrait aisément les compter. Ils se sont produits à Versailles (Faure-Villar, p. 7), à Metz, à Grenoble, à Avignon, et toujours en petit nombre. Mais les malades qui ont éprouvé la ménin-

[1] *Archives*, 1849, 4e série, t. XX, p. 447.

gite pendant leur séjour à l'hôpital en avaient peut-être déjà le germe. Les infirmiers qui, à Metz, ont été atteints n'étaient pas ceux de la clinique interne (Peridon). A Avignon, outre une sœur et un infirmier, il y a une lingère qui n'a pas eu de rapport direct avec les malades. L'idée ne vint à personne qu'il y ait eu contagion. A Toulon, à Orléans, des femmes ayant des relations avec des militaires sont atteintes et meurent; mais ces militaires n'étaient et n'avaient pas été malades. Lorsque divers individus sont soumis aux mêmes influences, ils peuvent y céder tour à tour; ainsi, à Lyon, un soldat porte à l'hôpital un de ses camarades déjà frappé; il revenait gai et très valide, lorsque, à peine rentré à la caserne, il tombe sans connaissance et bientôt succombe. Où a-t-il pris le principe de sa maladie? Serait-ce le camarade qui le lui aurait communiqué, ou ne l'auraient-ils pas plutôt puisé tous les deux à la même source, seulement ce germe s'était développé chez l'un un jour avant chez l'autre?

On a vu à Selestat, à Orléans, à Metz, à Aigues-Mortes, des membres de la même famille, surtout des frères et des sœurs, être atteints par l'épidémie; mais ils l'étaient presque toujours en même temps, sans qu'on ait pu attribuer à l'un l'infection de l'autre. En somme, les faits de communication présumée sont peu nombreux, et il n'y en a pas de péremptoires.

2° La méningite s'est propagée dans la population civile. N'est-ce pas une preuve de sa propriété contagieuse? Je ne conteste pas la force de cet argument. Je fais seulement observer qu'à Strasbourg l'épidémie de la garnison et celle de la ville ne se sont pas confondues; c'étaient comme deux maladies distinctes, l'une ayant remplacé l'autre. A Rochefort, la séparation a été plus tranchée : la garnison d'abord, puis le bagne et la ville. Comment le bagne, parfaitement isolé, a-t-il été infecté? Et comment à Lyon, où la maladie a été très meurtrière, et dans plusieurs autres localités, n'a-t-elle pas dépassé les casernes et l'hôpital? Il est certain que souvent l'épidémie est restée simplement militaire, ou

bien purement civile, comme à Aigues-Mortes, malgré la proximité de la garnison.

3° On a noté des cas où l'isolement a mis un obstacle à la transmission de la maladie, comme au pénitencier de Petit-Bourg, au bagne de Toulon (1851); mais on vient de voir que de pareilles barrières n'ont pas été infranchissables à Rochefort et ailleurs.

4° La maladie a semblé quelquefois se localiser dans un régiment, une caserne, une chambrée, comme le ferait une maladie réellement contagieuse. Cela a eu lieu dans certaines localités, mais non en toutes. On conviendra qu'il y a bien plus de rapports entre les militaires d'une même garnison qu'entre la garnison et les habitants de la ville; cependant on a admis la transmissibilité à ceux-ci.

5° Un régiment ayant perdu un certain nombre de sujets de la méningite, étant envoyé dans une autre ville, y porte cette maladie. Les épidémies de Selestat, de Dijon, de Bourges, l'attestent. Le 18e de ligne venait de Rochefort, quand il se rendit à Versailles; mais dans cette dernière ville le plus grand nombre des malades fut fourni par les recrues, qui venaient de leur pays et non de Rochefort. On a attribué l'importation à Metz, en 1847, au 2e régiment d'artillerie, et cependant les premiers malades furent fournis par le 1er bataillon de chasseurs à pied, le 1er du génie et le 13e d'artillerie. A Paris, en 1848, les malades ne provenaient pas d'un corps unique qui aurait été le foyer de la contagion, mais de vingt-deux régiments, et surtout des gardes mobiles, qui provenaient de la population civile non atteinte alors.

Boudin a essayé de découvrir la trace des épidémies, en suivant les pas des divers corps de troupes se portant d'une garnison à une autre; mais souvent il se trouve des lacunes, c'est à dire des silences de plusieurs mois ou de plusieurs années. La continuité était donc détruite.

Pour établir et faire admettre une proposition, il importe que les bases en soient nombreuses et bien justifiées. Or

ici, alors que quelques faits semblent probants, d'autres laissent planer beaucoup d'incertitudes. Si la méningite cérébro-spinale est contagieuse, ce n'est que sous certaines conditions encore peu connues et dans des limites assez restreintes.

Il est positif qu'on ne peut déclarer essentiellement contagieuse une maladie qui apparaît pendant deux mois dans une localité et disparaît sans y laisser de germes, qui se borne à très peu de personnes, malgré son intensité ou ses contacts multipliés; qui naît en même temps dans des lieux différents, très éloignés et sans communication aucune; qui enfin s'est développée dans des villages ou dans de petites villes, sans aucun contact de troupes, sans agglomération extraordinaire d'individus, et sans provenance morbide quelconque.

Boudin a rapproché la méningite cérébro-spinale du typhus, et comme ce dernier est contagieux, il n'a pas balancé à donner à celle-là la même propriété. Mais cette affirmation sur la nature identique ou même analogue de ces maladies est très hasardée, et avant d'y trouver une preuve, il faudrait que cette question préalable fût résolue. Or, on peut assurer que le point de départ et le mode d'extension de la méningite et du typhus diffèrent essentiellement.

II. — *Histoire clinique de la méningite cérébro-spinale épidémique.*

a. — Prodromes. — La maladie saisit le plus souvent au milieu de la meilleure santé; mais elle a parfois commencé par quelques phénomènes prodromiques dont la durée a pu n'être que de quelques heures ou d'un, deux ou trois jours, ou s'étendre jusqu'à sept jours (Ames).

Le plus ordinaire de ces phénomènes est une douleur de tête parfois propagée à l'épine du dos et aux membres, avec sentiment de faiblesse, d'engourdissement; dans quelques cas, vertiges, affaiblissement de la vue. Cet état n'oblige

pas le malade à interrompre ses occupations. D'autres fois, les prodromes ont plus de gravité. Il y a des nausées, des vomissements ou des frissons, un grand malaise, de l'insomnie, etc.

b. — **Invasion.** — L'invasion a été souvent subite. Le malade a été frappé dans la rue ou au milieu de ses travaux, le soldat à l'exercice, en faction ou pendant le repas. On a vu souvent aussi la maladie débuter pendant la nuit.

L'invasion a ressemblé quelquefois à celle d'un accès de fièvre; c'étaient des frissons, avec courbature, stupeur, faiblesse, mais sans tremblement ni froid très vif (Michel Lévy, Ames).

Elle a été marquée d'autres fois par un étouffement subit (Chauffard), par une forte oppression à l'épigastre (de Renzi).

Dans d'autres cas, la maladie a débuté par une céphalalgie subite, des douleurs lombaires, des douleurs aux extrémités des membres, aux doigts, aux orteils (Lespès), ou par un fourmillement aux pieds et un sentiment douloureux à toute la surface du corps, comme si on l'eût arrosé avec des gouttes d'eau bouillante (épidémie des provinces napolitaines).

Les malades ont quelquefois perdu connaissance immédiatement, manifestant néanmoins une vive excitabilité sous l'influence des divers stimulants (Tourdes).

Enfin, le coma peut être immédiat et prolongé; le collapsus profond, avec décomposition subite des traits de la face (épidémie de Genève), refroidissement des membres, teinte livide, bleuâtre, comme à l'invasion du choléra (Mayne).

Ces phénomènes, quelle que soit leur forme, marquent d'une manière très sensible l'invasion de la méningite, qui ne tarde pas à se caractériser.

c. — **Symptômes.** — Parmi les divers symptômes de la méningite cérébro-spinale épidémique, l'un des premiers et

des plus constants est une céphalalgie intense, quelquefois occupant toute la tête, d'autres fois plus vive et lancinante au front, aux tempes ou à l'occiput, augmentant par le bruit, par l'impression de la lumière, par un mouvement, arrachant parfois des cris ou des plaintes.

Souvent aussi, dès le début, se manifeste une douleur plus ou moins forte à la nuque, au dos ou aux lombes. Cette rachialgie augmente par les mouvements du tronc, quelquefois par la pression le long de l'épine. Chez quelques sujets, elle s'étend aux membres, surtout aux inférieurs, et principalement vers leur face postérieure. La douleur rachidienne a manqué assez souvent, mais son absence n'était pas une preuve d'intégrité des méninges du canal vertébral (Grellois). Lorsqu'elle existe, elle devient l'un des signes les plus caractéristiques de la méningite cérébro-rachidienne.

L'exaltation de la sensibilité cutanée est encore un phénomène remarquable de cette maladie. Elle a été constatée par un trop grand nombre d'observateurs pour ne pas mériter l'attention; elle s'est manifestée même quand le sujet paraissait affaissé et engourdi. Une excitation à la peau par les ventouses, une saignée, etc., provoquait des tressaillements instantanés, des cris, des convulsions, etc. Les malades paraissaient sensibles au froid; ils cherchaient à se couvrir (Lefèvre); mais, dans quelques cas, l'anesthésie a été observée dès le début (Mayne, Corbin, Michel Lévy) ou dans le cours (Rollet, Mouchet), et assez fréquemment à la fin de la maladie.

L'intelligence des malades ne paraît pas troublée dès les premiers instants; mais, bientôt, le délire survient; il est plus souvent léger, triste, passager, intermittent, qu'agité et continu. Il peut ne porter que sur un seul ordre d'idées ou se manifester par la répétition des mêmes mots (Bernet).

Le coma est un autre symptôme assez fréquent. Ce n'est pas un simple état de stupeur ou de somnolence, mais un assoupissement profond, une sorte d'état apoplectique (Naples).

Les pupilles n'offrent rien de constant. Elles ont été dilatées 15 fois sur 21 (Tourdes) ou seulement 7 fois sur 41 (Ames); chez les autres sujets, elles étaient rétrécies ou naturelles. Assez souvent, elles étaient resserrées dans les premiers jours et dilatées dans les derniers (Lefèvre, Corbin). L'examen particulier des yeux a fait remarquer quelquefois la rougeur des conjonctives, une exsudation muqueuse ou purulente sur le bord des paupières (Tourdes, Corbin), ou même une altération de la cornée (Ferrus, Corbin). La vue elle-même était troublée. Il y a eu photophobie (Ames), diplopie (Tourdes), cécité dans la deuxième période (Corbin). Le strabisme a été rare dans quelques épidémies (Strasbourg), assez ordinaire dans d'autres (Orléans).

Quelques observateurs ont noté les hallucinations de la vue et de l'ouïe (Tourdes, Boudin), la surdité (Forget, Tourdes).

Les lésions des organes locomoteurs ont été fréquentes et significatives.

On a vu l'agitation, la jactitation, le tremblement des membres dans les premiers jours, surtout quand il y avait délire. Forget a vu chez deux malades une sorte de tournis; ils pirouettaient pour tomber et ne plus se relever. Quelquefois il y a des spasmes partiels, comme des crampes. On a noté le rire sardonique (Michel Lévy). Des convulsions ont eu lieu, surtout chez les enfants (Genève, Petit-Bourg, etc.). La contracture est un phénomène plus ordinaire. Elle est souvent bornée au cou, à l'épine. Il faut ne pas la confondre avec l'immobilité que ces parties doivent garder pour éviter la douleur occasionnée par les moindres mouvements. La tête est fortement renversée en arrière, l'épine courbée. Il y a une sorte d'opisthotonos ou de pleurothotonos. Le trismus se manisfeste également (Corbin). La rigidité s'empare aussi des membres et les met dans l'extension; elle est plus fréquente dans les membres supérieurs (Corbin). Il y a parfois des secousses tétaniques (Michel Lévy). Le tétanos général a été le symptôme dominant de quelques épidémies (de Renzi, Spada, Heyfelder, etc.).

Après les convulsions, les spasmes, les contractures, arrivent souvent le relâchement, le collapsus, la résolution plus ou moins complète de l'appareil locomoteur. La paralysie est rarement un symptôme primitif; on n'en cite que quelques exemples (Tourdes, Schilizzi). Le maintien de la force musculaire est plus rare encore. Cependant, on a vu à Rochefort un forçat se lever encore demi-heure avant de mourir (Lefèvre).

La respiration peut n'être que légèrement altérée, ou bien elle est fréquente, suspirieuse, entrecoupée, plaintive, singultueuse.

Le pouls n'est parfois aussi que très peu différent de l'état normal dans les premiers jours, ou même il est ralenti jusqu'à 47 (Grellois), 45 (Lagrave), 42 (Michel Lévy) et même 35 (Boudin) pulsations par minute. Mais dans près de la moitié des cas, le pouls s'accélère dès les premiers jours. Sa fréquence augmente à mesure que la maladie marche et que le danger s'accroît; il est, en outre, irrégulier, serré, petit, ou plein et dur.

Le sang fourni par la saignée ou par les ventouses, a paru consistant, prompt à se coaguler; le caillot était couenneux. On a constaté l'augmentation de quantité de la fibrine, et en même temps des globules (Tourdes), ou une diminution de ceux-ci (Maillot, Grellois, Michel Lévy). Dans les provinces napolitaines, le sang était noir et liquide, avec diminution de la fibrine (de Renzi). Dans les Landes, le sang était noir, mais très épais et couenneux (Dubedout).

La peau, rarement chaude (34, 36, 37, 40 degrés, Maillot), si ce n'est au front, souvent pâle et froide, a quelquefois présenté une teinte livide, bleuâtre, des taches d'aspect varié. Elles ont été rosées, lenticulaires, disséminées sur le thorax et l'abdomen, comme dans la fièvre typhoïde (Tourdes), ou larges et pourprées, comme dans la scarlatine (Faure-Villar), ou circonscrites, d'un rouge vif ou noir, avec le caractère pétéchial, comme dans le purpura (Lagrave, Laveran, Maillot, Tourdes), et pendant la récente épi-

démie des États-Unis, où le nom de *spotted fever* lui a été d'abord donné.

On a porté une attention toute particulière à une sorte d'éruption qu'on a considérée comme caractéristique : c'est un herpès développé sur lés lèvres, parfois sur le nez, les joues ou les paupières, du deuxième au septième jour, jamais après le huitième (Tourdes), et se desséchant du quatrième au cinquième jour. Cette éruption a été observée et étudiée à Strasbourg, assez souvent en France, rarement à Montgoméry (3 fois sur 64 cas). Elle était fort analogue à celle qu'on remarque dans les fièvres intermittentes. Elle a été déjà notée pour la méningite cérébro-spinale sporadique.

L'épistaxis a été parfois observée au début ou dans le cours de la maladie.

Le vomissement est un symptôme initial assez fréquent; il se reproduit parfois dans le cours de la maladie. La diarrhée est rare, la constipation ordinaire. La soif est vive, quelquefois excessive (Tourdes, Corbin, Mouchet); par contre, on a remarqué une sorte d'hydrophobie (épidémie napolitaine), l'appétit est nul et lent à renaître (Michel Lévy, Corbin). Un enduit d'un blanc mat ou d'un blanc nacré (Michel Lévy) se trouve sur les gencives; il se détache facilement.

Quelques individus se sont plaints d'une constriction douloureuse à la gorge qui gênait la déglutition. L'examen du pharynx ne rendait pas raison de cette dysphagie. Néanmoins, ce symptôme était le seul saillant chez un malade qui mourut la nuit suivante (Lefèvre).

Les malades ont souvent rendu des vers ascarides lombricoïdes.

Le ventre n'était généralement ni tendu, ni douloureux, ni météorisé; mais assez souvent l'hypogastre a été soulevé par la vessie distendue et paralysée. L'urine, rendue au moyen du cathétérisme, était chargée d'acide urique et d'acide rosacique (Tourdes, Michel Lévy); fréquemment l'émission des urines était involontaire dès les premiers jours.

Les organes génitaux n'ont offert des phénomènes notables que dans peu de cas. M. Tourdes mentionne la tendance d'un malade, pendant le coma ou le délire, à porter sans cesse les mains aux parties sexuelles. A Rochefort, M. Lefèvre en a vu se livrer à une sorte de masturbation convulsive. Une abondante évacuation de sperme eut lieu peu d'instants avant la mort chez un malade de l'infirmerie du bagne.

d. — **Marche et variétés.** — Les symptômes qui viennent d'être exposés d'après l'ordre des fonctions lésées, se développent ou se combinent de diverses façons, selon les époques où ils sont constatés. On a distribué le cours de la maladie en plusieurs périodes pour faciliter cette étude. Les uns n'en ont distingué que deux : la première d'excitation, la seconde de collapsus; d'autres en ont établi trois.

A la première se rattacheraient la céphalalgie et la rachialgie, l'exaltation de la sensibilité, les troubles de la vue, le resserrement des pupilles, l'état convulsif, la rigidité, les crampes, la lenteur du pouls, les vomissements, le délire, l'épistaxis, les éruptions vésiculeuses, pustuleuses, etc. A la seconde se rapportent la somnolence, le coma, la rétention des urines, les évacuations involontaires, la dyspnée, la résolution des membres, les soubresauts des tendons, la dilatation des pupilles, la fréquence et l'irrégularité du pouls, l'insensibilité. La troisième période varie selon le mode de terminaison. Elle est marquée si le danger croît par l'affaissement, le coma, la rigidité tétanique, les pétéchies, la lividité de la peau, la gêne de la respiration, le hoquet, la petitesse et la fréquence du pouls, le météorisme du ventre, la formation précoce des eschares au sacrum (Corbin), des sueurs, etc. Si le malade doit guérir, cette période s'annonce par une réaction, par la diminution de la fièvre, par le réveil de l'appétit. Il est survenu parfois des écoulements sanieux par les narines, par les oreilles, etc. (Faure Villar); une desquamation de l'épiderme en divers points.

Cette division, qui est très méthodique et classique, n'est pas toujours observée. D'abord, elle n'est pas applicable aux cas excessivement graves, appelés *foudroyants,* dans lesquels la mort arrive au bout de quelques heures, précédée par la perte de connaissance, le coma, le trismus, la faiblesse extrême du pouls. Elle n'est guère plus facile à établir dans les cas légers dont les principaux symptômes se bornent à la céphalalgie, aux douleurs rachidiennes, aux vertiges, aux troubles de la vue, à des mouvements spasmodiques. La maladie, dans ces deux circonstances opposées, n'a qu'une période.

On a voulu donner un nom et attribuer une corrélation spéciale aux périodes établies. La première serait une période de congestion et d'inflammation; la seconde, de suppuration, et la troisième serait, dans les cas heureux, celle de résorption.

On a encore désigné une période ou une forme sous le nom d'*hydrencéphalique* (Michel Lévy).

Des aspects différents se sont montrés, selon la prédominance de tels ou tels symptômes; de là, des variétés ou des formes cérébrale, rachidienne, foudroyante, délirante, comateuse, convulsive, tétanique, paralytique, céphalalgique, inflammatoire, typhoïde, etc. Elles sont très multipliées, et ne reposent pas sur des caractères essentiels.

Les plus utiles distinctions seraient celles qui pourraient éclairer le prognostic et le traitement. Peut-être en trouverait-on les bases dans la considération des éléments primitivement compromis, d'une part, l'élément nerveux, certainement le premier en cause, manifestant ses désordres par le délire, la contraction des pupilles, les convulsions, les rigidités musculaires, etc.; d'autre part, l'élément vasculaire, siége de congestion ou d'inflammation, d'où la somnolence, le coma, la fièvre, les éruptions diverses; enfin l'altération du sang, donnant à la fièvre le cachet inflammatoire ou typhique.

La marche de la méningite n'est pas toujours continue;

elle a parfois présenté des temps de repos. Dans plusieurs épidémies, on a remarqué de véritables rémittences ou intermittences, ordinairement irrégulières, parfois régulières. La périodicité portait sur tel ou tel symptôme, surtout le délire, quelquefois l'opisthotonos (Jalapi). On a vu un jeune soldat, qui s'était exposé à la pluie, avoir de graves accès d'une fièvre à type quarte; après une vingtaine de jours, les symptômes s'aggravent pendant un accès; il y a hémiplégie droite, dilatation des pupilles, contracture du bras droit; dix jours après, état tétanique et mort. La méningite était des plus intenses et même parvenue jusqu'à l'état purulent, malgré ces apparences de maladie simplement intermittente [1].

e. — **Durée.** — La durée de la méningite peut être extrêmement courte; le malade a été comme foudroyé. Ainsi, un soldat est pris de vomissements à une heure du matin. Quelques heures après, on le porte à l'hôpital; il meurt en y entrant [2]. M. Faure-Villar, qui rapporte ce fait, parle d'un autre homme amené à l'hôpital à deux heures du matin, et qui était mort à neuf heures. Un autre sujet observé par le même médecin n'avait, le 28 février, qu'une légère céphalalgie; devenu le lendemain matin très souffrant, il est porté à dix heures à l'hôpital sans connaissance; puis il a une agitation extrême, les pupilles contractées, les yeux fermés, des mouvements convulsifs, des vomissements, et il meurt à dix heures du soir.

Divers auteurs rapportent des exemples de terminaison funeste arrivée en douze (Lesson), quatorze (Vieussenx), quinze (Léonard, Ames, Mayne), dix-huit (Fallot) heures, et je ferai remarquer plus loin que les désordres caractéristiques de la méningite étaient déjà très prononcés.

D'autre part, la maladie peut se prolonger jusqu'à quarante, cinquante (Ames), cinquante-trois (Lefèvre), soixante-dix

[1] Martin, *Mémoires de Médecine militaire*, t. LIV, p. 144.

[2] Faure Villar, *Mémoires de Médecine militaire*, t. XLVIII, p. 35.

(Falot), quatre-vingt-trois (Forget), quatre-vingt-dix (Faure-Villar), cent neuf (Tourdes) jours.

Cette prolongation extraordinaire de la maladie n'a pas eu toujours pour résultat l'entrée en convalescence. Ce n'était souvent que la terminaison fatale d'une lutte obstinée, soutenue sans espoir de succès.

Mais, en général, les cas mortels ont eu une courte durée, èt les cas de guérison ont exigé une période de temps assez longue.

Ainsi, un grand nombre de malades succombent du premier au huitième jour. Cependant, d'après Forget, la moyenne des décès se rapportait au seizième jour et celle des guérisons au vingt-septième. M. Tourdes a aussi constaté que le plus grand nombre de terminaisons heureuses s'effectuait du dixième au quarantième jour.

Au rapport de M. Faure-Villar, l'amélioration s'est prononcée surtout les quatrième, sixième et septième jours. Alors, on a pu espérer une issue favorable; mais la terminaison réelle de la maladie n'était confirmée que bien des jours après.

f. — **Complications.** — Les complications de la méningite épidémique empruntent leur importance soit au danger qu'entraîne une nouvelle maladie, soit aux modifications que subit la première.

L'encéphalite, la péricardite, une hémorrhagie intestinale (Michel Lévy), ont été des causes de mort. La variole, la varioloïde (Faure-Villar, Michaux, Daga), la roséole (Ames), ont maintes fois coïncidé avec la méningite. Le rhumatisme a formé une complication très fréquente et parfois mortelle. Il régnait parallèlement dans le pays. Il en a été de même de la fièvre typhoïde, à la fois coïncidence épidémique et complication intime de la méningite.

La stomatite, la pharyngite couenneuses ou pultacées ont eu lieu dans le cours ou à la fin de cette maladie (Faure-Villar, Daga, Litten). La présence d'un grand nombre d'as-

carides lombricoïdes a formé une complication fréquente dans plusieurs épidémies (Faure-Villar, Tourdes, Laveran, Daga, etc.).

L'otorrhée purulente, l'ophthalmie, la bronchite, la cystite, des abcès en divers points, se sont produits, et ont rendu la maladie principale plus longue ou plus sérieuse.

g. — **Terminaison favorable.** — Quelques phénomènes morbides, survenus dans le cours de la méningite cérébro-spinale épidémique, ont paru offrir les caractères d'une crise. Tel était l'herpès labialis, déjà mentionné, et auquel M. Tourdes a porté une attention spéciale. Mais sur 31 cas où cette éruption s'était produite, il y a eu quinze décès. Néanmoins, M. Tourdes fait remarquer que, dans les cas heureux, les vésicules s'étaient largement développées sur la face et sur le thorax, et étaient nées du quatrième au sixième jour. A San-Margano, la guérison fut souvent précédée d'éruptions pustuleuses ou d'ecchymoses à la peau; à Toulon, en 1851, d'érysipèle de la face (Giraud). Une desquamation scarlatiniforme, survenue sur les membres au vingt-unième jour, précéda une guérison lentement obtenue, malgré une variole et une pleurésie concomittantes (Faure-Villar, p. 30).

Quant aux vomissements, à la diarrhée, aux épistaxis, aux parotides (Tourdes, Michel Lévy), on ne peut leur accorder aucune valeur comme crise.

Les urines sédimenteuses ne sont pas d'un meilleur présage. Toutefois, on a vu une très abondante sécrétion d'urine suivie de guérison (Michel Lévy).

Les sueurs profuses ne donnent pas un indice plus certain; mais on les a observées dans des faits assez nombreux de solution favorable (Dubedout, Michel Lévy).

Dans un cas heureux, il était survenu une orchite (Michel Lévy).

h. — **Convalescence.** — La méningite étant guérie, les sujets

sont loin de posséder une bonne santé. Le plus souvent ils sont d'une extrême maigreur, très disposés à se refroidir; leur peau n'a qu'une température de 34 degrés et demi (Daga). Ils conservent des douleurs, de la roideur dans les membres, des troubles de la vue (Schilizzi), de la surdité, un affaiblissement intellectuel; ils sont aussi plus aptes à contracter des maux étrangers à la méningite, comme une hémorrhagie cérébrale (apoplexie ventriculaire, Tourdes), une pleurésie, une pneumonie, une gastro-entérite, etc.

i. — Récidives. — La méningite a pu récidiver; on en a vu quelques exemples à Strasbourg. Un militaire convalescent, ou même considéré comme guéri, fait à pied la route de Laval à Château-Gontier; il est repris des symptômes de la méningite et succombe (Martin). On a noté jusqu'à quatre récidives successives. La dernière fut mortelle (Boudin).

k. — Terminaison par la mort. — La terminaison de la méningite épidémique par la mort est annoncée par la violence du début, l'absence ou le peu de durée des prodromes, par le coma, les convulsions, la rachialgie, la roideur excessive de l'épine, la lenteur prolongée du pouls. Des indices moins fâcheux sont donnés par la céphalalgie, le délire, les douleurs des membres, leur contracture, les éruptions diverses.

En général, une méningite céphalo-rachidienne, développée sous une influence épidémique, menace toujours la vie, surtout chez les enfants et chez les individus qui ont plus de quarante ans.

La mortalité occasionnée par cette maladie a été plus ou moins grande, selon les lieux et les temps. Pour en donner une idée, je vais rapprocher quelques chiffres :

A Lyon, sur................	47	malades, il y a eu	41 décès.
A Bourges, sur.............	20	—	17 —
A Strasbourg (militaires), sur.	195	—	122 —
— (civils), sur	150	—	90 —

A Orléans, sur..............	20	malades, il y a eu	14	décès.
A Nîmes (1847), sur.........	28	—	17	—
A Metz (1839), sur..........	39	—	28	—
A Saint-Hippolyte du Fort, sur	14	—	10	—
A Laval, sur...............	69	—	44	—
A Perpignan, sur...........	50	—	28	—
A Bannost, sur.............	16	—	9	—
A Douera, sur..............	10	—	6	—
A Paris (1848), sur.........	99	—	58	—
A Metz (1847), sur..........	126	—	66	—

Dans cette première série, la mortalité l'a emporté sur les guérisons. Dans les épidémies suivantes, elle a offert une diminution de plus en plus grande :

A Toulon (1851), sur........	116	malades, il y a eu	55	décès.
A Versailles, sur............	156	—	69	—
A Foix, sur................	16	—	6	—
A Selestat, sur..............	19	—	7	—
A Saint-Étienne, sur........	113	—	33	—
A Saint-Vénérand, sur......	26	—	6	—

Ces chiffres donnent une idée du degré de danger que fait courir la méningite épidémique ; mais en même temps ils expliquent le peu d'influence que cette maladie exerce sur la mortalité générale dans le pays où elle se produit.

Ainsi, à Strasbourg, où après la population militaire est venue la population civile comme pâture de la méningite, et où l'épidémie a été beaucoup plus considérable que dans la plupart des autres localités, on a constaté que la mortalité de la ville ne fut pas plus forte que dans les autres années. Si, en effet, elle a été de 2,116 en 1841, année de la méningite, elle s'était élevée à 2,190 en 1837, et avait été de 2,113 en 1839.

I. — Résultats des recherches nécroscopiques. — Les membres ont conservé après la mort de la rigidité. Lorsque la maladie avait duré un certain temps, l'amaigrissement était fort grand.

Les vaisseaux des méninges et des organes qu'elles revê-

tent étaient plus ou moins gorgés de sang. Ce fluide était souvent coagulé jusque dans les artères carotides et basilaire (Ames).

Dans plusieurs cas, la dure-mère était le siége d'une vascularité extraordinaire; les sinus crâniens et rachidiens étaient pleins; des taches rougeâtres existaient sur les côtés du sinus longitudinal. Dans le rachis, cette membrane avait la teinte rougeâtre des muscles (Ames). On a vu aussi du sang extravasé dans le tissu adipo-celluleux qui entoure la dure-mère rachidienne (Corbin).

L'arachnoïde et la pie-mère ont paru peu altérées dans les cas de mort rapide (Faure-Villar, Tourdes). Ces membranes n'ont quelquefois présenté qu'une simple injection, de la sécheresse, une légère opalescence.

On n'a trouvé que des plaques blanchâtres ou rougeâtres, et une augmentation de densité et d'épaisseur des méninges, lorsque la maladie avait été légère, ou lorsqu'elle avait traîné en longueur, ou avait offert des intermittences et des récidives (Michel Lévy, Maillot, Boudin, p. 22).

Les glandes de Pacchioni ont été quelquefois tuméfiées, enflammées (Faure-Villar, Mistler).

Beaucoup d'observateurs ont fait la remarque que le feuillet pariétal de l'arachnoïde n'avait offert aucune altération; mais des exceptions peuvent être citées. M. Maillot a vu des adhérences mutuelles entre les deux feuillets de cette membrane dans la région dorsale; des fausses membranes étaient accolées au feuillet pariétal, et y adhéraient par des filaments rougeâtres. M. Mouchet a trouvé sur la face interne de la dure-mère des fausses membranes que le scalpel ne détachait qu'avec peine. Le docteur Ames cite un cas où le feuillet pariétal de l'arachnoïde était recouvert par une fausse membrane en voie d'organisation. Elle était molle, peu adhérente en quelques points, ferme et adhérente en d'autres, d'une couleur rougeâtre, sombre; en râclant sa surface, on pouvait en retirer du pus.

La grande cavité de l'arachnoïde a rarement contenu des

fluides, du moins dans le crâne; il y en a eu plus souvent dans le rachis. C'était une sérosité sanguinolente ou trouble, ou purulente (Bernet, Faure, Forget, Ames).

Sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde paraissait l'altération la plus grave et la plus constante de la méningite épidémique : c'était une sérosité trouble, d'un blanc terne, ou des traînées de matière jaunâtre, ou une infiltration épaisse et largement étendue, ayant une teinte jaune-verdâtre. Cette matière n'était autre chose que du pus seul ou mêlé de sérosité. Ses globules ont été reconnus à l'aide du microscope (Küss, Wunschendorff, thèse, p. 18). Il était parfois concret, et formait sous le feuillet séreux une enveloppe analogue à une fausse membrane, autour des circonvolutions cérébrales, à la base du cerveau, sur le cervelet et le mésocéphale; enfin, autour de la moelle épinière, à laquelle il fournissait souvent une gaîne complète.

Cette exsudation purulente peut n'embrasser qu'une surface circonscrite, être plus prononcée à la convexité ou à la base, pénétrer dans les anfractuosités et les scissures, n'occuper que l'une des faces de la moelle, et c'était alors le plus communément la postérieure (Faure-Villar, Michel Lévy, Magail, Corbin); enfin ne se montrer que par plaques ou par espèces d'anneaux ou de viroles (Rouxeau, IIIe Obs.). La partie inférieure de la moelle et la queue de cheval étaient très souvent imbibées de pus liquide. Dans un cas, ce liquide était d'une couleur brune-violacée, analogue à celle de la teinture d'iode (Mouchet). M. Tourdes a fait cette remarque que jamais il n'y avait de pus dans la région cervicale, sans qu'on en trouvât à la partie inférieure du canal vertébral.

La présence du pus sur le trajet de la pie-mère encéphalo-rachidienne n'est pas seulement le produit d'une inflammation parcourant successivement ses périodes et arrivant ainsi à ce mode de terminaison. C'est un phénomène presque concommittant de l'état phlegmasique, ou du moins très rapidement accompli. En effet, M. Tourdes et M. Martin ont vu la

pie-mère infiltrée de pus chez des sujets morts le troisième jour, M. Michel Lévy le deuxième jour, même le premier; M. Léonard au bout de quinze heures, et M. Faure-Villar de douze heures; enfin, M. Jacquemin a trouvé du pus déjà formé chez un individu mort à la Force au bout de cinq heures ([1]).

Non seulement les méninges périphériques sont affectées d'inflammation et de suppuration; mais leurs replis internes en offrent des effets évidents. Ainsi, on a vu les ventricules remplis de sérosité sanguinolente au bout de dix-huit heures de maladie (Michel Lévy). Très souvent, cette sérosité était lactescente (Lefèvre) ou rendue trouble par la présence des globules de pus. Souvent, il existait un épanchement purulent assez considérable (Faure-Villar, Blache, Tourdes, Mouchet, etc.) ou des plaques de pus épais sur des points variés des cavités ventriculaires (Ames).

Lorsque la maladie s'est prolongée, les ventricules ont contenu, au lieu du pus, une assez grande quantité de sérosité constituant une sorte d'hydrocéphalie consécutive à la méningite. M. Faure-Villar a vu trois et M. Michel Lévy sept cas d'épanchements de ce genre.

Les parois ventriculaires étaient souvent injectées, même comme ecchymosées (Ames), ramollies, ou plus ou moins indurées (Michel Lévy).

Les plexus choroïdes avaient en même temps leurs vaisseaux gorgés de sang.

A côté des lésions ordinairement si graves des méninges, le cerveau et les autres organes encéphaliques ou rachidiens n'offraient souvent presque aucun changement; mais quelquefois ils ont offert une hyperémie très prononcée, un ramollissement blanc ou rouge, des adhérences de la substance corticale avec la pie-mère (Rouxeau). On a vu aussi le cerveau très consistant, le pont de Varole induré (Mouchet). M. Faure-Villar a constaté douze fois l'augmentation et dix

([1]) *Gazette médicale*, 1849, p. 885.

fois la diminution de consistance du cerveau, et quatre fois des ramollissements partiels. Dans quelques cas, il existait dans la substance cérébrale de petits foyers formés par une pulpe rougeâtre et diffluente (Lesson). Dans certaines épidémies, le ramollissement cérébral formait la lésion principale (à Orléans), tandis qu'ailleurs la consistance normale de l'encéphale et de la moelle était un fait assez général (à Lille).

Les nerfs ont été examinés et suivis dans leur trajet. Une fois, la gaîne du nerf optique droit était pleine de pus; il s'en trouvait aussi dans le globe de l'œil (épidémie de Petit-Bourg). Plusieurs fois les filets des nerfs lombaires se sont montrés rougeâtres (Faure-Villar). Mais en dehors du crâne et du rachis, les nerfs n'ont offert aucune lésion appréciable. Ainsi ceux des muscles du cou, dans un cas d'opisthotonos, n'ont rien présenté d'anormal. Il en a été de même du grand sympathique (Lefèvre).

Aucune altération ne s'est trouvée d'une manière constante dans les divers organes thoraciques ou abdominaux. Seulement, dans un petit nombre de cas, le péricarde a offert des taches ecchymotiques et un épanchement floconneux; les cavités du cœur ont été remplies de concrétions fibrineuses (Faure-Villar); l'estomac avait une couleur rougeâtre (Lefèvre) et était ramolli (Ames); les follicules de Peyer étaient gonflés, indurés, réticulés ou ulcérés (Forget, Blache, Mahot, Michel Lévy, Ames); les glandes mésentériques rouges et tuméfiées (Ames); mais ces faits sont rares comparativement à ceux qui ne présentaient rien de pareil.

Des vers lombricoïdes, complication déjà signalée, ont été souvent trouvés dans les intestins. Ainsi, à Versailles, sur 56 nécropsies, on en a rencontré 42 fois; à Lyon, 4 fois sur 7; on en a vu également dans les provinces napolitaines, mais on n'en a point trouvé dans l'épidémie de Rochefort en 1839 (Lefèvre).

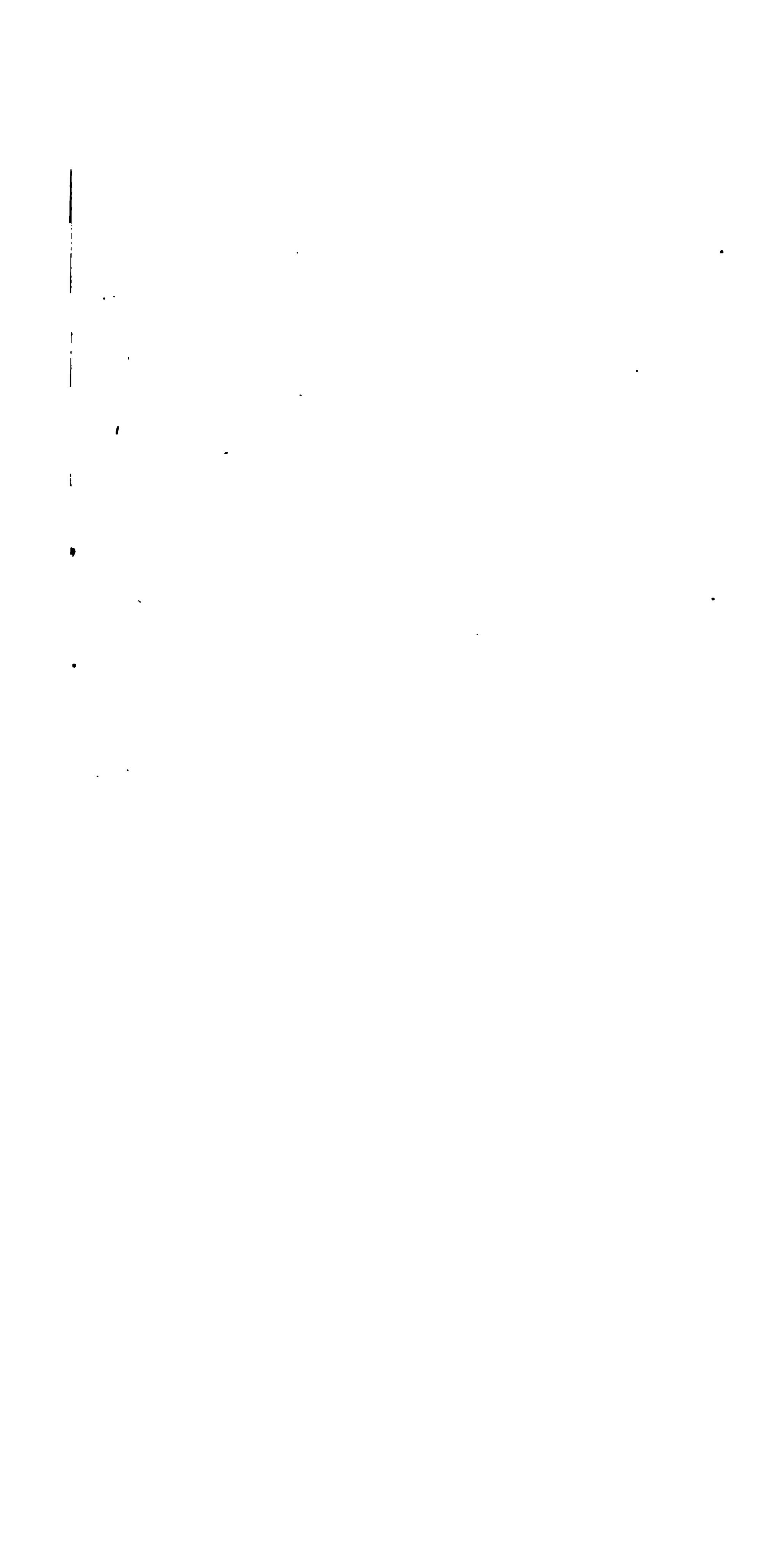
Une dernière altération qu'il importe de mentionner, est la présence du pus dans quelques articulations, surtout dans les genoux et dans les coudes. Les exemples en ont été

recueillis par M. Lefèvre, par M. Tourdes (qui en a vu trois), par M. Corbin (quatre), par M. Michel Lévy (deux), par M. Falot.

Il est à remarquer que les sujets chez lesquels cette synovite purulente a été observée n'avaient point eu de symptômes de phlegmasie articulaire. Il y a même plus, dans les cas de rhumatisme ayant coïncidé avec la méningite épidémique, aucune articulation ne contenait du pus (Michel Lévy, Daga).

FIN DU TOME SEPTIÈME.

Bordeaux. Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.




L41 Gintrac,E. 13013
G49 Cours théorique et
t.7. clinique de pathologi
1868 NAME interne
DATE DUE

